COUNTWAY LIBRARY
HC 4XX0 2

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

Die

Haematocele retrouterina

und die

freien Blutextravasate in der Beckenhöhle

von

A. Voisin.

In's Deutsche übertragen

von

Dr. med. W. Langenbeck,

Obergerichtsphysicus und praktischem Arzt in Göttingen.

Göttingen.

Vandenhoeck & Ruprecht's Verlag.

1862.

BOSTON MEDICAL
JUL 24 1923
LIBRARY

HERM. SCHWARTZ

24. D. 48.

Vorwort des Uebersetzers.

Die nähere Kenntniss der Haematocele retrouterina ist ein Erwerb erst der letzten beiden Decennien; wir verdanken sie hauptsächlich Französischen Beobachtern, während die Literatur anderer Länder nur ein spärliches Material über dieselbe aufzuweisen hat, das sich erst in der jüngsten Zeit zu mehren anfängt. Die Beobachtungen waren indess bislang in Zeitschriften und wenig zugänglichen Dissertationen, sowie in einzelnen Werken über Frauenkrankheiten zerstreut und das vorliegende Werk Voisin's, der sich schon mehrfach mit dem Gegenstande beschäftigt hat und dem wir eine Reihe von eigenen Beobachtungen verdanken, ist die erste Arbeit, welche dieselben möglichst vollständig, freilich mit Ausnahme der neusten deutschen Literatur,

Härte, die über die anderen Theile vorragte und heftige Schmerzen verursachte. Diese Härte wurde kräftig mit den eingeölten Händen geknetet; endlich wurde Blut in grosser Menge nach unten entleert [2]).

Ferner:

Bei gewissen Frauen bildet sich in der zweiten oder dritten Epoche der Suppression oder selbst noch später, wenn die Menses sich auf die Weiche versetzen, unterhalb dieser eine nicht zugespitzte, grosse und rothe Geschwulst. Es ist mehr als einmal vorgekommen, dass die Aerzte, nicht wissend was es war, dieselbe eingeschnitten und die Kranke in Gefahr gebracht haben. Diese Art von Geschwulst bildet sich so: Das Fleisch nimmt Blut auf, weil das Orificium uterinum der Weiche anliegt, es erfüllt sich damit und erhebt sich in Folge des Bluts, das es durchdringt. Bisweilen wenn das Orificium uterinum seine Lage verändert und nach den Geschlechtstheilen zurückkehrt und die Menstruen auf diesem Wege abgehen, sinkt die Anschwellung der Weiche zusammen, denn sie communicirt mit der Gebärmutter, die nun nach aussen ergiesst. Aber wenn das Orificium sich nicht nach den Geschlechtstheilen wendet, so bildet sich eine Eiterung in der Weiche und die Menstruen entleeren sich durch diese; bisweilen nehmen sie auch ihren Weg durch Erbrechen oder Stuhlgang [3]).

Bei Celsus findet sich nichts, bei Galenus nur folgende wohl hieher gehörige Bemerkung: Wenn die Suppression einige Zeit anhält, so bildet sich bisweilen eine Geschwulst in den Weichen. Bei anderen erhebt sich am unteren Ende des Bauches eine Geschwulst von der Natur der Abscesse. Es sind Schmerzen im Kreuz, brennendes Fieber, schwärzlicher Harn, als wenn man Russ mit Fleischwasser gemischt hätte, zugegen. Einige Frauen leiden an Dysurie und Ischurie [4]). Die Arabischen Aerzte geben nur diese Bemerkung von Galen, meist buchstäblich, wieder.

---

2) Hippocrat. ed. Ermerins; Epidemiorum lib. V. pag. 715.
3) Hippocr. morbi femin. Lib. I. II.
4) Galenus, de locis affectis lib. VI. c. V.

Sydenham, Stoll, F. Hoffmann sagen nichts, was auf die Affection hindeutete. Astruc [5]) sagt bei der Besprechung der Ursachen der zu reichlichen Menstruation: „Die Zerreissung der venösen Anhänge hat unter anderen folgende Ursachen:

Die Aneurysmen, die Varices, die in den Gefässen der Gebärmutter in Folge einer plötzlichen Unterdrückung der Regeln entstehen.

Die Ulcerationen bei Variola.

Zu heftige Leidenschaften, die eine Beschleunigung der Circulation herbeiführen.

Zu häufiger Coitus, übermässige Anstrengungen, Fälle."

Es ist wahr, Astruc betrachtet die Frage nicht mit Rücksicht auf die Blutergüsse im Becken, aber er hebt die physiologische Pathologie der zu reichlichen Menstruation hervor, die eine prädisponirende Ursache der Haematocele retrouterina ist. Namentlich legt er auf die Varicositäten der Uteringefässe als einer Ursache der Hämorrhagie Gewicht; eine Idee, die von Déneux [6]) und Richet [7]) wieder aufgenommen worden ist.

Die meist von Ruysch [8]), als Beispiel unserer Affection citirte Beobachtung, ist wohl einfach ein Fall einer während der Menstruation gestorbenen Frau, mit Berstung eines Graafschen Follikels und Bluterguss in denselben.

Madame Boivin empfiehlt in dem Gedanken, dass die Compression der Varicen der Beine, wegen ihrer directen Verbindung mit den Venen des Beckens Störungen in dem Uterus und Ovarien hervorrufen könne, den mit solchen Varicen behafteten Frauen, keine Schnürstrümpfe zu gebrauchen, zumal wenn sie schwanger wären. Sie führt zwei Beispiele der von ihr bezeichneten Gefahren an.

1. Eine junge Frau von lymphatisch-sanguinischem Temperament, vor 3 Jahren zum erstenmal entbunden, hat seitdem eine varicöse Anschwellung des linken Beines behalten. Sie gebrauchte einen Strumpf von Hundsfell, wodurch sie sich

---

5) Maladies des femmes. Bd. II. pag. 82.

6) Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve. Paris 1830.

7) Traité d'anatomie chirurgicale, p. 735.

8) Observationum centuria. Obs. 85.

erleichtert fühlte, aber seitdem sie denselben anwandte, ist der Monatsfluss viel reichlicher und häufiger geworden als vorher.

2. Eine nicht verheirathete Köchin, im 5. Monat schwanger, wandte, da sie von zahlreichen Varicen an den Beinen sehr belästigt wurde, einen Strumpf von Hundefell an; einige Zeit nachher bekam sie eine Uterinblutung, welche den Abortus herbeiführte. Als sie in demselben Jahre wieder schwanger geworden war, wandte sie dasselbe Mittel mit demselben Erfolg an. Da sich diese Blutung mehreremale im Lauf von zwei oder drei Jahren wiederholte, erkannte man endlich die doppelte Ursache dieses Zufalls, und die Frau, welche in dem Mittel, das man ihr zur Erleichterung ihrer Varicen angerathen hatte, ein Mittel entdeckt hatte, um jedesmal dass sie schwanger war, einen Abortus hervorzurufen, wurde von ihrer Herrschaft fortgejagt [9]).

Ich habe diese beiden Beobachtungen wörtlich aufgeführt wegen ihrer genauen Beziehung zu der Affection, die uns beschäftigt, wenigstens in ätiologischer Hinsicht und weil sie schon auf eine von Richet aufgestellte Theorie hindeuten. In der That wurde bei der ersten Kranken der Monatsfluss viel reichlicher; und die zweite konnte durch die Anwendung von Schnürstrümpfen mehrere Fehlgeburten hervorrufen.

Pelletan hat unter der Bezeichnung: Bluterguss in Folge eines Aneurysma des Ovariums [10]), eine Beobachtung von intraperitonealer Blutung veröffentlicht. Ich führe sie wörtlich an.

„Ich war bei der Section einer Frau zugegen, welche Bichat, Arzt am Hôtel de Dieu, an einer Krankheit von unbekanntem Charakter behandelt hatte, da er fast nur das tragische Ende derselben gesehen hatte; indessen hatte er das Vorhandensein einer Peritonitis vermuthet.

Die Eingeweide des Abdomens waren namentlich am Dünndarm und dem unteren Theil der Abdominalwandungen mit einer grossen Menge schwärzlicher Flecken besprenkelt.

---

[9]) Boivin, Mémoire sur les hémorrhagies internes de l'utérus. 1819, pag. 143.

[10]) Clinique chirurgicale. Paris 1810, t. II. pag. 106.

Unser junger Arzt beeilte sich, in diesem Zustand den Charakter, ich weiss nicht welcher eigenthümlichen Entzündung zu erkennen. Da ich indess dieselben Flecken wie in meiner vorhergehenden Beobachtung bemerkte, so bestand ich darauf, dass man die Eingeweide genauer untersuchte. Die Oberfläche der Gebärmutter zeigte uns grössere und weichere Flecken als die übrigen; endlich fanden wir die Ursache derselben im linken Ovarium. Dieses Organ war von der Grösse eines Hühnereis, mit rothen und sehr erweiterten Gefässen bedeckt, und man sah in denselben einen Einriss, der noch durch ein Blutcoagulum verlegt war.

Das kleine Becken enthielt noch zwei Unzen zu schwärzlichen Klumpen geronnenen Bluts, von denen die einen mehr eingetrocknet, die anderen noch weicher waren und Flecken bildeten, wie sie das Peritoneum bedeckten.

Wir erkannten also eine Art Aneurisma oder Varicocele des Ovariums. Man hat Grund anzunehmen, dass der Austritt von Blut schon seit längerer Zeit begonnen hatte und nur in einer langsamen Exsudation bestand.“

Diese Beobachtung ist ein gutes Beispiel eines nicht abgekapselten Blutergusses des kleinen Beckens und wirft ein helles Licht auf die Rolle, welche das Ovarium in der Aetiologie dieser Hämorrhagien spielen kann.

Récamier hat verschiedene Fälle von retrouterinen Blutergüssen beobachtet. Zwei Beobachtungen sind von H. Bourdon veröffentlicht [11]).

Wenn man nach der Lecture der Abhandlung des letzteren urtheilen darf, so hatte Récamier keine genaue Diagnose dieser Beckengeschwülste gestellt, er behandelte sie durch dieselbe Methode eines Vaginal-Einschnitts, die er bei allen fluctuirenden Geschwülsten des kleinen Beckens anwandte, die in die Vagina einen Vorsprung bildeten. Bourdon selbst hat diese beiden Thatsachen veröffentlicht ohne die geringste Erklärung über die Pathogenie der Affection zu geben.

---

11) Tumeurs fluctuants du petit bassin. Revue médicale 1841, pag. 41.

Bei dem Stillschweigen Récamiers und Bourdon's über die genaue Natur dieser Geschwülste muss man erstaunt sein, wenn Trousseau [12]) behauptet, dass Récamier sie gekannt habe. Es kann sich indess Jeder vom Gegentheil überzeugen, der auf die Quellen, welche ich eben angeführt habe, zurückgeht.

Ich lasse hier die beiden Beobachtungen Récamier's folgen.

1. Blutcyste der Beckenhöhle. — Beträchtliche Dicke der Wandungen; Einschnitt des Tumors durch die Scheidenwandungen; Heilung.

Die Kranke ist 24 Jahr alt, regelmässig menstruirt, aber mit Leukorrhoe behaftet; sie leidet oft am Unterleibe. Vor acht Monaten glückliche Entbindung von dem zweiten Kinde.

Vor einem Monat plötzlich, ohne bekannte Ursache, Frost, Fieber, Erbrechen, Schmerz und Spannung im Unterleibe. Die Kranke fühlte eine Geschwulst unter Zunahme der Leiden. Unregelmässige Frostanfälle, profuse Nachtschweisse. — Am 1. August 1840 Aufnahme in das Hôtel-Dieu, Saal Saint-Julien Nro. 6, Abtheilung Récamier's.

Status praesens: Grosse Schwäche, schmerzlicher Ausdruck des Gesichts, Kopfschmerz, weisse Zunge, Uebelkeit, Durst, Verstopfung, mässig entwickelter Puls von 100. Im unteren Theil des Abdomens und sich nach rechts gegen die fossa iliaca erstreckend eine harte Geschwulst von der Grösse eines Fötuskopfes, die beim Druck sehr schmerzhaft ist, etwas beweglich erscheint und unter den Bauchwandungen weggleitet.

Bei der Untersuchung durch Rectum und Vagina fühlt man, dass die Geschwulst in die Höhle des kleinen Beckens bis in die Rectovaginalwand herabsteigt, den Uterus nach hinten und rechts umschliesst und dadurch dieses Organ nach links hinüberdrängt. Der Muttermund liegt nach dieser Richtung hingestellt gegen das Schaambein an, und man hat grosse Mühe, seine rechte Seite mit dem Finger zu fühlen.

Wenn man allein durch das Rectum oder die Vagina untersucht, kann man keine Fluctuation entdecken, aber man

---

[12]) Gazette des hôpitaux. Juni 1858.

bemerkt dieselbe sehr deutlich, wenn man durch beide Höhlen zugleich untersucht.

Von Seiten der Harnentleerung nichts Besonderes; in den Geschlechtstheilen ein Gefühl als wenn ein Körper heraustreten wollte.

Leibschmerzen, die nach der Lendengegend und nach den Schenkeln, namentlich dem rechten ausstrahlen, im letzteren Gefühl von Ameisenkriechen und Eingeschlafensein.

Am 3. August macht Récamier mit einem eigenthümlichen Pharyngotom die Punction der Geschwulst von der hinteren Wand der Vagina aus zwischen zwei verticalen Linien an einem Punkt, wo die Fluctuation am deutlichsten ist. Es ergiesst sich ein Strom röthlicher, geruchloser etwas zäher Flüssigkeit, die Oeffnung wird mittelst des Bistouri's erweitert.

Beim Einschneiden fühlt man die Wände der Geschwulst verdickt, resistent, wie fibro-cartilaginös. Ausfluss eines halben Litres Flüssigkeit. Die Kranke ist unmittelbar darauf sehr erleichtert.

In den folgenden Tagen besserte sich das Allgemeinbefinden; die Schmerzen und übrigen Symptome verminderten sich. Da die Flüssigkeit einen fötiden Geruch annahm und Luft in den Herd eindrang, so comprimirte man den Leib kräftig durch eine Binde, machte eine Injection von warmem Wasser und empfahl das Letzte der Injection sehr langsam einzutreiben, um das Wasser so lange als möglich in der Höhle zu lassen, und liess ferner das Becken höher lagern als die Lendengegend.

Gegen das Ende des Tages verlor der Ausfluss seinen übelen Geruch und es trat keine Luft mehr in die Cyste ein. Die Flüssigkeit nahm allmälig immer mehr die Beschaffenheit des Eiters an. Die Geschwulst des Abdomens verkleinerte sich von Tag zu Tag und verlor ihre Empfindlichkeit. Am 13. August, 10 Tage nach der Operation, Fieber und lebhafte Schmerzen. Bäder, Kataplasmen.

Am 15. findet sich links vom Uterus eine harte, empfindliche Geschwulst von der Grösse eines Hühnereis.

Am 21. bemerkt man an der Stelle der neuen Geschwulst nur noch eine teigige Beschaffenheit. Die Incisionswunde zeigt

Neigung sich zu schliessen. Der Muttermund hat seine normale Lage wieder eingenommen.

Man ernährt die Kranke allmälig; während einiger Zeit Injectionen, um zu verhindern, dass die Oeffnung sich schliesse. Es entleeren sich mehrere Tage lang einige Tropfen viscösen Eiters.

Am 12. September, 39 Tage nach der Operation, wurde die Kranke völlig gesund entlassen, ohne dass die geringste Fistel zurückgeblieben wäre. Die Cyste war auf einen kleinen fast unempfindlichen Knoten reducirt.

2. Blutgeschwulst, die das ganze kleine Becken ausfüllt. — Oeffnung durch die Vagina. Heilung.

Eine Frau von 28 Jahren abortirt mit 3 Wochen. Während 6 Wochen blutiger Ausfluss aus der Scheide. Der in dieselbe eingeführte Finger stösst auf eine sehr voluminöse Geschwulst, die das ganze kleine Becken ausfüllt, das Rectum nach hinten und den Mutterhals nach vorn gegen den Schaambeinbogen drängt.

Bei der Palpation des Abdomens fühlt man die Geschwulst sich über das Schaambein erheben. Durch die Vagina fühlt man entschiedene Fluctuation.

Récamier machte eine Incision durch die hintere Wand der Vagina und öffnete die Cyste.

Es wurde eine grosse Menge von Blut und Blutgerinnseln herausbefördert und mehreremal während des Tages Injectionen von warmem Wasser gemacht. Récamier war genöthigt, geronnenes Blut, das den Wandungen der Geschwulst fest adhärirte, mit dem Finger zu zerbröckeln und abzulösen. Ich hörte von Récamier selbst, dass die Kranke vollständig wieherhergestellt würde.

Hier noch eine Beobachtung, die wohl gleichfalls ein Fall von Haematocele retrouterina ist. Sie stammt aus der Abtheilung Récamier's im Hôtel de Dieu [13]).

Die Kranke, 28 Jahr alt, lag im Saal Saint Paul Nr. 11.

Nichts in der Mittheilung des klinischen Vortrags zeigt an, dass Récamier wusste, mit was für einer Geschwulst er es zu thun hatte. Er erkannte eine Masse im Becken, die

---

[13]) Lancette française de 4 Juli 1831.

bis zu einen Zoll unterhalb des Nabels in die Höhe stieg, und fühlte dieselbe innerhalb der Vagina hinter dem Collum uteri. Récamier schnitt die Geschwulst perpendiculär und von vorn nach hinten ein und entleerte eine enorme Menge Blut. Seine Kranke genas.

Ollivier von Angers hat einen Fall von Bluterguss innerhalb des Beckens mitgetheilt [14]).

Endlich hat der Doctor Bernutz, Arzt der Hospitäler in Paris, eine Reihe von Abhandlungen veröffentlicht, die sich auf die Retention der Katamenien beziehen, und in denen mehrere Fälle von intraperitonealem Bluterguss enthalten sind (Beob. 1, 5, 8, 10, 11) [15]).

Es war im Jahre 1850, wo Professor Nélaton zuerst die Haematocele retro-uterina benannt hat. Kurz darauf, im Jahre 1851, gab er von derselben im Hospital des Cliniques eine sehr bestimmte, klare und genaue Beschreibung. Andere vor ihm hatten wohl ähnliche Thatsachen beobachtet, aber keiner hatte diese Geschwülste in solcher Weise charakterisirt, dass von da an nichts weiter zu thun blieb, als die Idee des Meisters weiter zu entwickeln.

Diess thaten seit 1850 Viguès in seiner Inauguraldissertation und später Fénerly. Viguès hat zwei Fälle in Nélatons Abtheilung im Hospital St. Louis gesammelt [16]). Die beiden Kranken wurden durch die Punction und Incision der Scheide behandelt. Die erste genas; die zweite unterlag einer Blutung. Eine hinter dem Collum gelegene Arterie war bei der Operation durchschnitten worden. Die Dissertation von Viguès enthält eine sehr klare Auseinandersetzung der Symptome der Krankheit; der Verfasser hielt die Geschwulst stets für extraperitoneal. Seitdem scheint er sich aber in einer der

---

14) Archives générales de médecine. Paris 1831. T. V. p. 403.

15) Archives gén. de méd. Paris 1848. 4e série. T. XVII. p. 129 u. 433 u. T. XVIII. p. 405.

16) Viguès, These. 1850.

medicinischen Facultät zur Bewerbung um den Monthyon'schen Preis eingereichten nicht herausgegebenen Abhandlung zu einer ganz entgegengesetzten Ansicht bekannt zu haben.

Gaillet und Bouchet haben im Jahre 1851 eine Reihe von Vorlesungen Nélatons über diesen Gegenstand veröffentlicht [17]), in denen die Ansicht des Lehrers sehr treu niedergelegt ist.

In demselben Jahre entspann sich in der Société de Chirurgie eine Discussion über diese Materie, an der sich Denonvilliers, Huguier und Robert betheiligten. Huguier setzte in derselben seine Ideen über die Verschiedenheit des Sitzes der Hämatocelen auseinander, die theils intraperitoneale seien, theils ausserhalb dieser Membran liegen.

1854 haben Prost, 1855 Fénerly und Testan, 1856 Engelhardt von Strassburg dieselbe zum Gegenstande ihrer Inauguraldissertationen gewählt.

Mikshik hat eine Beobachtung von Haematocele retrouterina publicirt [18]).

Kaufmann [19]) citirt einen freilich nicht sehr detaillirten Fall derselben.

Tardieu hat 4 Fälle von retrouterinen Blutungen beobachtet, über die er kurze Notizen veröffentlicht hat [20]).

Doctor Rayer, Arzt in Joinville, hat der Académie de médecine die Beobachtung einer Frau von 39 Jahren mitgetheilt [21]), die binnen einigen Stunden einer Beckenblutung unterlag, die von den Tuben ausging.

Richet [22]) ist der erste, der die Haematocele retrouterina durch die Ruptur von Varicositäten der Ovarienvenen zu erklären gesucht hat. Er hat derselben in seinem Traité d'anatomie chirurgicale indess nur einige Zeilen gewidmet, und es ist hauptsächlich einer seiner ausgezeichnetsten Assistenten,

---

17) Gazette des Hôpitaux. 1851.

18) Mikshik Beiträge zur Pathologie der Ovarien und Tuben (Verm. Abhandl. aus dem Gebiete der Heilk. von einer Gesellsch. prakt. Aerzte in Petersburg. Leipzig 1854.).

19) Verhandl. der Gesellsch. der Geburtshilfe in Berlin. 8. Bd.

20) Annales d'hygiène de médecine. Paris 1854. T. II. p. 157.

21) Bulletin de l'Académie de médecine. Paris 1855. T. XXI. p. 21.

22) Traité d'anatomie chirurgicale. Paris 1854. p. 736.

Doctor Devalz [23]), der seine Theorie entwickelt hat, indem er sich auf neue anatomische Untersuchungen und physiologische Wahrnehmungen stützt. Der Mangel von Klappen in den Utero-ovarial-Venen, der Druck der Blutsäule auf die Plexus, die Veränderungen der Venenwandungen in Fällen von Varicocele sind die Hauptpunkte, die er entwickelt hat. Die klinischen Thatsachen, auf die sich nach Devalz diese Theorie stützt, sind:

1. Eine von Richet gemachte Section, die in dem breiten Mutterband der linken Seite, um die Venenplexus, das Vorhandensein von Blutgerinnseln nachwies.

2. Eine Beobachtung von Richet an einer Krankenwärterin seiner Abtheilung, die nach dem Scheuern eines Fussbodens einen lebhaften Schmerz im Leibe empfand. Es war ein Bluterguss in das breite Mutterband der linken Seite entstanden, der sich einige Zeit nachher einen Weg durch die Vagina bahnte.

3. Die Beobachtung von Chaussier [24]).

4. Ein von Depaul erzählter Fall eines jungen Mädchens, bei dem man eine Hämorrhagie des kleinen Beckens fand, die durch die Ruptur einer Ovarienvene entstanden war.

5. Ein von Henri Géneau von Mussy erzählter Fall eines jungen Mädchens, bei dem man einen Bluterguss innerhalb des Beckens fand, dessen Quelle man nicht entdecken konnte.

Professor Scanzoni [25]) hat die Frage von der Haematocele retrouterina abgehandelt, sie aber nur von einem sehr eingeschränkten Gesichtspunkte aus betrachtet. Er hält sie meistens für subperitoneal und von der Ruptur ausgedehnter varicöser Venen der breiten Mutterbänder abhängig. Dagegen ist dieser Schriftsteller der erste, der auf die Möglichkeit hingewiesen hat, dass eine Blutung des Canals der Tuben eine

---

23) Devalz, Thèse. Paris 1858.

24) Mémoires et Consultations de médecine légale. Paris 1824. pag. 397.

25) Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Wien 1857. p. 306 und 315.

Haematocele retrouterina hervorrufen könne. Er wurde durch den folgenden Fall darauf aufmerksam gemacht:

„Ein 22jähriges an Morbillen leidendes Mädchen verschied kurz nach dem Eintritt der Menstruation unter den Erscheinungen einer sehr intensiven Peritonitis, und die Section wies als Todesursache eine Hämorrhagie der linken Tube nach; dieselbe hatte die Dicke eines Zeigefingers, war auffallend gestreckt, erschien in Folge des durch die Wände durchschimmernden Bluts blauroth gefärbt, und enthielt, wie man sich nach der Durchschneidung der Wand überzeugte, etwa 2 Unzen theils noch flüssigen, theils coagulirten Blutes, welches letztere durch das Abdominalende mit einem nahezu 1 Pfund betragenden, in der Beckenhöhle gelagerten, grösstentheils geronnenen Blutextravasate zusammenhing.“

Obgleich die Priorität nach der Publication seines Werkes entschieden Scanzoni gebührt, hat Puech [26]) im Jahre 1858 der Académie des sciences eine Abhandlung eingereicht, in der er die Hämorrhagie der Tuben als gelegentliche Ursache der Haematocele retrouterina beschreibt und sich eine Theorie als ihm eigenthümlich anmasst, die ausschliesslich Scanzoni angehört.

Dieselbe Bemerkung liesse sich auch auf Professor Trousseau anwenden, hätte derselbe nicht ein neues Licht auf die Geschichte der Haematocele retrouterina geworfen. Er betrachtet nämlich als Hämatocelen nur die Geschwülste, die unter dem Einfluss der Menstruation zu Stande kommen.

Die Krankheit ist für ihn die Steigerung eines physiologischen Processes, des Katamenialflusses; nur die Schleimhäute vermögen physiologische Blutungen zu liefern, aber die Schleimhaut der Tuben liegt dem Sitz der Hämatocelen, der excavatio rectouterina, zunächst, sie ist es deshalb allein, welche die Quelle des Bluts bei der katamenialen Hämatocele ist. Die Krankheit beruht auf einer hämorrhagischen Diathese, die sich durch Steigerung des Katamenialflusses charakterisirt [27]).

Ich werde auf diesen Punkt der Pathologie zurückkommen, aber ich mache schon hier auf den exclusiven Charakter

---

26) Comptes rendus de l'Académie des sciences. 1858.

27) Gazette des hôpitaux. Juni 1858.

dieser Theorie aufmerksam, die mit allen Beobachtungen von katamenialen Hämatocelen tabula rasa macht, bei denen das Blut enschieden aus den Ovarien stammte.

Dr. West in England hat ein Werk über Frauenkrankheiten veröffentlicht und darin der Haematocele retro-uterina ein Capitel gewidmet. Es ist fast ganz mit französischen Belegen verfasst, doch hat der Verfasser selbst 4 Fälle beobachtet und giebt ausführlich die Geschichte der einen von ihm in St. Bartholemew's Hospital behandelten Kranken [28]). Die Diagnose scheint nicht gestellt worden zu sein, als bis eine Explorativpunction gemacht worden war, welche die Beschaffenheit des Inhalts einer postuterinen Geschwulst erkennen liess. Ein Pouteau'scher Troicart wurde in die Geschwulst eingeführt, und die Kranke genas.

Der Verfasser hat auch alle bekannten Fälle studirt und einen ziemlich kurzen Abriss und Geschichte der Krankheit entworfen, in dem die Frage von dem Sitz und der Natur der Haematocele retrouterina aber gar nicht berührt ist.

Oulmont hat der Société médicale des hôpitaux de Paris [29]) zwei Beobachtungen von tödtlich abgelaufenen retrouterinen Hämatocelen eingereicht und die Ansicht aufgestellt, dass die Ursache des Extravasats im Becken, wenigstens bei einer Kranken, eine Tubenblutung gewesen sei. Oulmont räth, bei Hämatocelen sich durchaus chirurgischer Eingriffe zu enthalten und nur eine palliative Behandlung in Anwendung zu bringen.

Doctor Devalz hat in seiner These die Ansicht aufgestellt, dass die Hämatocele stets von einem varicösen Zustand der Ovarienplexus abhängig sei [30]). Seine Ideen, die seines Lehrers Richet, hat er auf sehr interessante anatomische Untersuchung und sehr werthvolle physiologische Bemerkungen gestützt. Er nimmt für die Hämatocele zwei Ursachen an:

1. Die Ruptur einer varicösen Vene und

---

28) Diseases of women. London 1857—58. T. II. p. 34. 36 und Obs. 36.

29) Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris. T. IV. Nro. 1. p. 21.

30) Devalz, Thèses de Paris. 1858.

2. eine Veränderung der Ovarien, die er mit einem varicösen Geschwür verglichen hat.

Man sieht, die erste Ansicht ist die Richets, die zweite ist die Entwickelung des Gedankens von Laugier, dass die Haematocele retrouterina ein schon krankes Ovarium voraussetze. Uebrigens ist die Vergleichung der Ovarienaffection mit einer varicösen Ulceration schon vor Devalz von Ollivier (von Angers) aufgestellt worden [31]).

Nonat hat der Société de médecine de Paris bei Gelegenheit von Duparcque's Referat über meine These eine Notiz über die Hämatocele vorgelegt [32]). Er nimmt zwei Varietäten derselben an; eine intraperitoneale und eine extraperitoneale.

Die extraperitoneale Varietät würde sich durch die Gutartigkeit der Zufälle im Verhältniss zu der anderen, durch die violette Färbung der Vagina, durch die Senkung des hinteren Scheidenblindsackes, der sich der Scheidenöffnung nähert, durch das Andrängen des Mutterhalses gegen die Schaambeine charakterisiren.

Die intraperitoneale Varietät würde sich durch die Schwere der Allgemeinerscheinungen, durch die Abwesenheit der violetten Färbung der Scheide, durch die Lage des Uterus, die ebensogut in der Mitte als nach hinten sein kann, unterscheiden.

Nonat punktirt die extraperitonealen Hämatocelen und überlässt die intraperitonealen sich selbst. Er beginnt in beiden Fällen mit kleinen während mehrerer Tage wiederholten Venäsectionen, also einer revulsiven Behandlung.

Gallard hat der Société anatomique [33]) eine Mittheilung in Bezug auf die Haematocele retrouterina gemacht, in welcher er die Entstehungsweise der Hämatocelen mit der der Extrauterinschwangerschaften vergleicht, und die Hämatocele selbst ganz einfach als einen spontanen intraabdominalen Austritt des Ovulum betrachtet.

Becquerel hat im Hospital de la Pitié [34]) mehrere klini-

---

31) Archives de médecine. Juli 1834. p. 403.
32) Gazette hebdomadaire de médecine. Aug. 1858.
33) Bulletin de la Société anatomique. April 1858.
34) Gazette des Hôpitaux. 8. Apr. 1858.

sche Vorträge über die Haematocele retrouterina gehalten. Er hat sich hauptsächlich angelegen sein lassen, mehrere Formen der Krankheit zu beschreiben, nämlich die peracute, subacute und chronische, und nimmt die Eintheilung der Hämatocelen in intra- und extraperitoneale an. Ich will nur bemerken, dass die peracute Form in keiner Weise zu der Haematocele retrouterina gehören kann, weil, wenn der Tod plötzlich eintritt, das Blut nicht Zeit hat, sich abzukapseln und folglich sich keine Geschwulst bilden kann.

In seinem Werk über Frauenkrankheiten hat Becquerel der Haematocele retrouterina ein Capitel gewidmet, in dem die in seinen klinischen Vorträgen entwickelten Ideen reproducirt sind [35]).

Ich will endlich noch einen ausgezeichneten kritischen Artikel von Doctor Genouville erwähnen [36]).

---

35) Becquerel, traité clinique des maladies de l'utérus. Paris 1859.
36) Archives de médecine. October 1858.

Ausser den vom Verf. angeführten sind noch folgende Arbeiten zu erwähnen:

Hülphers: Bluterguss in einem Graaf'schen Follikel (Hygiea Bd. 16). Blutextravasat in der Beckenhöhle aus einem geborstenen Graaf'schen Follikel stammend. Tod durch Peritonitis.

C. Withusen: Ueber Blutgeschwülste im kleinen Becken (Biblioth. f. Laeger. Bd. V.).

Pellegrino Salvolini: Istoria d'uno stravaso, e raccolta di sangue che ebbe origine dai vari situati nella piccola pelvi, evacuato con felice successo mediante l'incisione della vagina (Gaz. med. ital. Stati Sardi Nro. 34, 1857).

Crédé: Mittheilungen über Haematocele retrouterina (Monatsschr. f. Geburtskunde Bd. IX. Heft 1. 1857). 2 Fälle von Haematocele retrouterina, Punction durch die Scheide, schliesslich doch Durchbruch in das Rectum, Genesung. Ferner ein etwas zweifelhafter Fall, wahrscheinlich mit Durchbruch des Bluts in die Uterinhöhle.

Breslau: ein Fall von Haematocele retrouterina mit Ruptur in den Peritonealsack und Genesung (Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. IX. Heft 6. 1856).

Herzfelder: Haematocele retrouterina (Oestr. Zeitschrift für prakt. Heilk. Nro. 52, 1856). Punction der Geschwulst, Genesung.

E. Mahn: Ueber Haematocele retrouterina (Inauguraldissertation, Rostock 1858).

Simpson: Periuterine or pelvic. Haematoma, and varix of the pudendal veins (Medic. Times and Gazette. Aug. 1859).

Anmerk. d. Uebers.

Zweites Capitel.

Benennung, Begriff, Häufigkeit der Hämatocele.

Nélaton hat die Benennung Hämatocele retrouterina eingeführt, ich werde sie beibehalten. Man hat der Affection noch die Namen: Hämatocele periuterina, Blutgeschwulst des kleinen Beckens gegeben. Die erste ist namentlich von Huguier, Becquerel und Nonat angenommen, die sich darauf stützen, dass die Geschwulst den Uterus bisweilen auch von der Seite umfasse. Ich selbst habe bei einer Kranken (Beob. 32.) bemerkt, dass die Geschwulst zum Theil eine präuterine war. Das ist der einzige von 36 Fällen, aus denen meine Statistik besteht, der eine Ausnahme von der von Nélaton aufgestellten Regel macht; übrigens war auch bei dieser Kranken das Blutextravasat nur in ganz secundärer Weise nach vorn getreten.

Der Name periuterin scheint mir deshalb fehlerhaft, weil er anzudeuten scheint, dass die Geschwulst den Uterus von allen Seiten umgebe; höchstens könnte man einen Namen wählen, der ausdrückte, dass das Extravasat den Uterus auch seitlich umfasse, etwa posterolateral; und auch diess geschieht nur in so weit, als dasselbe beträchtlich genug ist, um den ganzen retrouterinen Raum auszufüllen, und dadurch endlich die breiten Mutterbänder, deren Stelle es einnimmt, nach vorn zu drängen; in diesem Falle ist die Geschwulst posterolateral, selbst wenn sie sich als lateral darstellt.

Man wird mir vielleicht gewisse Fälle von wirklich lateralen Geschwülsten entgegenhalten; aber in den Fällen die

Richet [1]) beschrieben hat, scheint mir keine eigentliche Hämatocele retrouterina vorhanden gewesen zu sein; man würde Unrecht haben varicöse Geschwülste so zu nennen, die mit der Hämatocele nur im Punkte der Aetiologie etwas zu thun haben.

Ich glaube deshalb, dass diese Affection den Namen behalten muss, den ihr Professor Nélaton gleich anfangs beigelegt hat.

Giebt es intraperitoneale und extraperitoneale Hämatocelen?

Seit die Hämatocele retrouterina bekannt ist, hat man über ihren anatomischen Sitz und ihre verschiedenen Formen gestritten. Nélaton hat sie stets für intraperitoneal gehalten. Viguès, der erste von den Schülern Nélaton's, der eine Monographie über diesen Gegenstand geliefert hat, hält diese Geschwülste für ausschliesslich extraperitoneale.

Ein Jahr nachher 1851 äusserte Huguier bei einer Discussion, die sich in der Société de chirurgie erhoben hatte, den Gedanken, dass die retrouterinen Hämatocelen zwei grosse Classen bilden. Die einen wären unter dem Peritoneum in dem Zellgewebe zwischen Uterus, Rectum und dem Blindsack der Scheide und des Peritoneums, die anderen in den Anhängen des Uterus, in dem Blindsack des Peritoneums oder in einer der Falten dieser serösen Membran gelagert. Diese Eintheilung ist auch von Nonat und Becquerel angenommen worden.

Mir scheint es nach der analytischen Arbeit, die ich in meiner These in tabellarischer Form veröffentlicht habe, und nach der Untersuchung anatomischer Präparate unzweifelhaft, dass der Sitz der Hämatocele retrouterina stets und ausschliesslich ein intraperitonealer ist. Ich spreche diese Ansicht indess hier nur einfach aus, indem ich mir vorbehalte sie im Laufe dieser Monographie weiter auszuführen.

Ich bezeichne mit dem Namen Hämatocele retrouterina einen in der Peritonealhöhle des kleinen Beckens zwischen Uterus und Rectum abgekapselten Bluterguss. Die Hämatocele retrouterina ist stets die Folge menstrualer Zufälle; sie

---

[1]) Richet, Anatomie chirurgicale. Paris 1854. p. 736.

würde demzufolge nicht durch jede Art von Beckenblutung hervorgerufen werden; sie setzt in der That eine Theilnahme der Organe voraus, die der Sitz der katamenialen Function sind. Man muss deshalb alle Hämorrhagien ausscheiden, die aus einem nicht zum menstrualen System gehörigen Gefäss erfolgen. Selbst die Varicen der Ovarien würden keine eigentliche Hämatocele hervorrufen können, denn wie man sehen wird, kapselt sich das Blut das aus denselben austritt und sich in die Peritonealhöhle des kleinen Beckens ergiesst, niemals ab und der Tod ist ein plötzlicher und sehr rascher.

Ich betrachte auch die Geschwülste, die ausschliesslich auf die breiten Mutterbänder beschränkt sind, nicht als retrouterine Hämatocelen; es bilden sich wohl in diesen Duplicaturen bisweilen Ansammlungen von Blut [2]), aber sie können unter anderen Einflüssen, als denen der Menstruation, entstehen, durch jede Art äusserer Gewalt, durch übermässige Anstrengungen u. s. w. bedingt sein; sie scheinen mir mehr den Namen von Thromben zu verdienen. Uebrigens beweist ihr anatomischer Sitz zwischen den Blättern der breiten Mutterbänder, dass sie in keiner Beziehung von Ursache und Wirkung zu den Organen stehen, welche der Sitz des Menstrualflusses sind.

In der That ist von den drei Organen, die an diesem physiologischen Akte Theil nehmen, das Ovarium das einzige, das a priori durch seine untere Fläche zur Entstehung von in dem ligamentum latum eingeschlossenen Geschwülsten Veranlassung geben könnte. Aber die Anatomie sowohl als die Physiologie lehren, dass die Ovarienfollikel, die allein im Stande sind solche Geschwülste zu bilden, sich nur nach der oberen Fläche des Ovariums hin entwickeln, und folglich auch nur nach dieser Seite hin gefässreicher werden. Die grössere Dichtigkeit des Ovariums an seiner unteren Fläche und die Durchkreuzung mit Muskelfasern, die von den breiten Mutterbändern kommen, sind vielleicht mechanische Hindernisse; wie es sich aber auch mit dieser Erklärung verhalten mag, die vielleicht etwas zu theoretisch ist, so glaube ich doch von dem Studium der Hämatocele retrouterina alle Blutgeschwülste

---

2) Beob. 8. Cap. XIV.

der breiten Mutterbänder ausschliessen zu müssen, deren Geschichte mit der der Thromben zusammenfällt. Was die nicht abgekapselten Blutergüsse der Peritonealhöhle des kleinen Beckens betrifft, die ich zugleich mit der Hämatocele retrouterina beschreiben werde, so wird nur von denen die Rede sein, deren Entstehung sich auf Menstrualstörungen zurückführen lässt.

Kurz die Hämatocele retrouterina ist die symptomatische Bezeichnung von Blutungen, die ihren Ausgangspunkt in dem Uterus, in der Tuba und in dem Ovarium, welches zuvor verändert sein muss, haben können. In dem Uterus und der Tuba stammt das Blut aus den unzähligen Capillargefässen, die in ihrer Schleimhaut enthalten sind und im Ovarium aus denen der Tunica propria des Graaf'schen Follikels.

Ich nehme zwei Formen von Hämatocele an: die einfache, bei der das extravasirte Blut selbst bald resorbirt wird, indem es im festen Zustande bleibt; die complicirte, häufig in Eiterung übergehende, bei der das Blut sich verändert, sich in einen schwarzen Brei oder in eine eitrige Flüssigkeit verwandelt, und sich gewöhnlich einen Weg nach aussen bahnt.

Die nicht abgekapselten Extravasate zeigen gleichfalls zwei Varietäten; eine, bei der die Hämorrhagie eine aktive und eine zweite, bei der dieselbe passiv ist.

Die Hämatocele retrouterina ist keine häufige Affection, man kann kaum, wenn man alle bekannt gewordenen Beobachtungen zusammenstellt, mehr als funfzig zusammenbringen. Ich habe indess in kurzer Zeit mehrere beobachten können; so im Jahr 1857 neun Fälle im Hospital Lariboisière. Vier Beobachtungen sind von mir in den Sälen Tardieu's gesammelt worden, bei dem ich Assissent war; vier andere stammen aus der Abtheilung Oulmonts, dem ich für dieses Zeichen von Wohlwollen herzlich danke; ein Fall wurde von mir in der Abtheilung Pidoux's beobachtet. Von den anderen Beobachtungen, die mir selbst angehören, wurde eine in der Abtheilung von Professor Nélaton im Jahre 1856 und zwei in der von Bricquet im Jahre 1854 gemacht, während der Zeit wo ich Assistent im Hospital des Cliniques und in der Charité war. Eine Beobachtung ist im Hospital Lariboisière

in der Abtheilung Voillemier's von Sylvester, Assistenten dieser Abtheilung, gesammelt worden.

Es existiren drei zuverlässige Fälle von Recidiven dieser Affection; der eine gehört Denonvilliers [3]), der andere Huguier [4]). Diese letzte Kranke genas beidemal bei exspectativer Behandlung; der dritte Trousseau. (35. Beob.)

---

3) Gazette des hôpitaux 1851, p. 579.

4) Bulletins de la Société de chirurgie. 1851.

Drittes Capitel.

Einige Punkte der Anatomie der Organe und Theile, die bei der Hämatocele retrouterina Veränderungen zeigen.

Ich hätte den Leser auf die classischen Werke verweisen können, allein abgesehen davon, dass in denselben gewisse Punkte der Anatomie keineswegs beschrieben sind, glaubte ich auch, dass es von Nutzen sein würde diejenigen anatomischen Détails, die zum Studium der Hämatocele retrouterina nothwendig sind, zusammenzustellen, um zu zeigen dass das Ovarium und die Schleimhäute des Uterus und der Tuben durch ihre Structur die Entstehung von Blutungen in die Beckenhöhle in hohem Grade begünstigen.

1. Die Muttertrompeten.

Die Arterien, welche die Muttertrompeten versorgen, sind drei an der Zahl: die art. ovarii (spermat. int.), die art. ovario-uterina und die art. uterina. [1])

Die art. ovarii, die auch art. ovario-uterina genannt wird, kann, wenn man der Anschauungsweise beitritt, wie ich sie eben auseinander setzen will, allein den Namen erhalten, den ich ihr gebe. Sie entspringt aus der Aorta, steigt längs der Wirbelsäule nach abwärts und senkt sich in das kleine

[1]) Die Beschreibung der Arterien und Venen der Muttertrompeten verdanke ich meinem Freunde Bérand, chirurgien des hôpitaux, der über diesen Gegenstand ganz specielle Untersuchungen angestellt hat.

Becken, um sich zum grössten Theil in dem Ovarium selbst zu verästeln. Ein einziger ihrer Aeste geht unter dem Ovarium gegen dessen äusseres Ende fort und wendet sich nach vorn und innen, um mit einem Ast der art. uterina zu anastomosiren; dadurch entsteht ein arterieller Canal, der in der Dicke des breiten Mutterbandes gelegen ist, welches er seiner ganzen Ausdehnung nach durchläuft. Dieser Canal allein kann nach meiner Auffassung als arteria ovario-uterina bezeichnet werden, ein Name, welcher anzeigt, dass dieses Gefäss weder die arteria uterina, noch die arteria ovarii ist, sondern aus der unmittelbaren Anastomose dieser beiden Gefässe hervorgeht.

Die dritte Arterie, welche die Muttertrompete versieht, ist die arteria uterina selbst.

Vertheilung der Gefässe in den Tuben.

Um das Studium dieses Punktes der Anatomie zu erleichtern, muss man die Muttertrompete in drei Abschnitte eintheilen, die jeder einen verschiedenen Ast von verschiedenem Ursprung erhalten; das Uterinende, in dem sich die art. uterina vertheilt, der mittlere Theil oder Körper, zu dem sich die Aeste der art. ovario-uterina begeben, und das Abdominalende, das durch einen Zweig der art. ovarii ernährt wird.

Uterinende. An der Stelle, wo die art. uterina die Insertion der Muttertrompete erreicht, löst sich von ihr sofort ein Ast ab und wendet sich nach aussen und unten von dem Organ, das er mit seinen Ramificationen bedeckt; man kann diese Verästelungen bis zur Vereinigung des inneren Drittheils mit den drei äussern Drittheilen der Fallopischen Tube verfolgen. Unter derselben gelegen schickt er seine Verzweigungen nach oben und nach unten; die oberen zahlreicheren Aeste verlieren sich in den Wänden des Canals, die unteren begeben sich in das Zellgewebe des breiten Mutterbandes und den benachbarten Theil des corpus uteri.

Mittlerer Abschnitt. Die art. ovario-uterina giebt unmittelbar, nachdem sie aus der Anastomose der art. ovarii mit einem anderen Ast der art. uterina, als dem welcher zum Uterinende der Tuba geht, entstanden ist, der Mutter-

trompete zwei arterielle Aeste, einen inneren und einen äusseren. Der innere, weniger starke verläuft vertical nach oben und theilt sich, wenn er an dem untern Rand der Tuba angelangt ist, sogleich in zwei Zweige; der eine wendet sich nach dem Uterus zu, der andere nach der entgegengesetzten Seite hin. Während des Verlaufs geben sie kleine Arterien an die Tuba ab und schliesslich anastomosirt der innere mit dem Ast des Uterus, der sich an dem Uterinende vertheilt, der äussere mit der art. ovarii. — Der äussere theilt sich wieder in zwei secundäre Aeste, von denen der eine mit dem Zweige der art. ovarii anastomosirt.

Abdominalende. Die art. ovarii theilt sich, wenn sie aus dem Ovarium hervorgetreten ist, in verschiedene Zweige; der eine tritt unter das Organ und spaltet sich gabelförmig; der eine seiner Aeste ist der truncus ovario-uterinus, der andere tritt zum Abdominalende. Der letzte hat fast eine horizontale Richtung und theilt sich wieder in zwei secundäre Aeste, von denen der eine sich an dem Körper der Muttertrompete vertheilt und mit dem äussersten Ast der art. ovario-uterina anastomosirt, der andere grössere die eigentliche Arterie des Abdominalendes bildet. Er zeigt eine sehr eigenthümliche Vertheilung. Im Grunde jeder von dem Abdominalende gebildeten Falte sieht man Zweigelchen entspringen, die sich fächerförmig ausbreiten unter einander, ähnlich wie die Mesenterialarterien anastomosiren und mit ihren Verästelungen die Fimbrien bedecken. Diese Arterien sind auf der linken und rechten Seite nicht gleich zahlreich, bald ist die eine, bald die andere bevorzugt.

In der Schwangerschaft erlangen sie ein sehr beträchtliches Volumen und sind wie die Uterinarterien arteriae heliciniae. Das Bemerkenswertheste an ihnen sind ihre sehr ausgedehnten Anastomosen mit dem Uterus und dem Ovarium. Man kann vielleicht auf diese Weise die gleichzeitige Entwickelung des Ovariums und der Tuba von dem Augenblick an, wo das Eichen austritt, und des Uterus und der Tuba, wenn dasselbe in die Gebärmutter gelangt ist, erklären.

Die Venen der Tuba bieten ein grosses Interesse; sie nehmen denselben Verlauf wie die Arterien, so dass die äusseren sich in die Ovarienvenen begeben. Die mittleren Venen

folgen den Aesten der art. ovario-uterina und können entweder in die Venen des Ovariums oder des Uterus münden. Die inneren stehen in ausgedehnter Verbindung mit dem Uterinsinus. An einem Präparat, das ich vor Augen habe, anastomosiren diese Venen, sowie die Arterien in ausgedehnter Weise unter einander und bilden gleichsam einen longitudinalen Sinus, der sich von dem Uterus bis zu den Fimbrien erstreckt; das wäre der venöse Sinus der Tuba. In diesem eigenthümlichen Falle hat dieser sehr entwickelte Sinus den Umfang einer Rabenfeder. (Es handelt sich um eine Section, die an der Leiche einer 14 Tage nach der Entbindung gestorbenen Frau gemacht war.) Ich will noch bemerken, dass für jede Arterie zwei Venen des Ovariums vorhanden sind; aber ausserdem existirt noch eine sehr voluminöse, mehr als schreibfederdicke Vene, welche die Arterie begleitet und sich in die Vena cava ergiesst. Diese Vene nimmt bei dem angeführten Präparat die Venen auf, welche aus dem Abdominalende und dem Körper der Muttertrompete kommen.

Wir haben an einem Präparat im Musée de l'amphithéatre d'anatomie des hôpitaux de Paris eine Verbindung der Ovarienvenen mit den Venen des Mesenteriums nachgewiesen.

Was die Endigung dieser Gefässe in der Schleimhaut der Tuba betrifft, so sehen wir ein sehr feines Maschennetz und hauptsächlich venöse Gefässbüschel; man könnte diese Schleimhaut mit nichts besser, als mit der des Darms vergleichen. Selbst unter dem Einfluss sehr feiner Injectionen verändert die Tuba weder ihre Form noch ihr Volumen und ist der Sitz keiner Bewegung. Die Tuben haben im Durchschnitt jede eine Länge von $10^1/_2$ Centim. [2])

Muskelapparat der Tuben.

Das Abdominalende und die Tuba selbst enthalten Muskelbündel, die aus dem oberen Rande des ligamentum latum

---

2) Hamilton hat als normales anatomisches Verhalten eine Erweiterung der Tuba angegeben, die am äusseren Drittheil derselben nach innen von den Fimbrien liegen soll und die er Sinus der Muttertrompete nennt. Ich erwähne diese Thatsache wegen der Erweiterungen der Tuben, welche gewisse retrouterine Hämatocelen begleiten.

hervorkommen. Es sind die Muskelfasern, welche die Abdominalöffnung an das Ovarium anlegen und die Fimbrien desselben $1^1/_2$ bis 2 Centim. weit aus einander breiten. „Das Anlegen der Tuba an das Ovarium geht dem Bersten des Graaf'schen Follikels voraus und dauert 8 bis 10 Tage nach der Brunst. Diese verlängerte Anlagerung hängt von einem Zustand spasmodischer Contraction des Muskelapparats ab, der das Abdominalostium in seiner Richtung erhält. Die venösen Sinus, welche die Maschen der Muskelbündel im Niveau des Hilus des Eierstocks durchsetzen, erleiden nothwendiger Weise eine stellenweise Compression, deren unmittelbares Resultat die Erection des bulbus des Ovariums ist.“ [3])

2. Ovarien.

Der transversale Durchmesser der Ovarien ist im Mittel $0^m,05$. Ihr Volumen variirt nach dem Lebensalter und nimmt, was auch einige Schriftsteller dagegen sagen mögen, während der Schwangerschaft zu. Specielle Untersuchungen, die von meinen Collegen und Freunden Wieland und Témoin während ihres Internates am l'hôpital de la Maternité angestellt wurden, setzen es ausser Zweifel, dass die Ovarien während der Schwangerschaft an Umfang zunehmen.

Was die subovariellen venösen Plexus betrifft, so kann ich nichts besseres thun, als auf die These meines Freundes Dévalz zu verweisen. [4])

Im Niveau des Hilus des Ovariums, selbst im Parenchym des Organs sind die Arterien spiralig aufgerollt und vergrössern sich während der Schwangerschaft. Durchflochten mit diesen Arterien findet sich ein reicher venöser Plexus, ein wahrer plexus pampiniformis. Längs des untern Rands des Ovariums giebt der Stamm der ovario-uterina 10 bis 12 Aeste ab, welche sich gleich bei ihrem Ursprung theilen, zusammenrollen, knäuelförmig verwickeln und endlich in das Parenchym des Organs eindringen, wo sie noch Spiralen bilden.

---

[3]) Ch. Rouget, Journal de Physiologie de M. Brown-Sequard. Paris 1858. T. I. p. 221.

[4]) Thèse. Paris 1858.

Die subovariellen venösen Plexus gehen reichliche Verbindungen mit den perivulvären Plexus ein.

Auf dem subovariellen venösen Plexus ruht ein venöses Wundernetz, dessen Bestandtheile 5 bis 1 Millim. im Durchmesser haben. Unmittelbar am unteren Rand des Ovariums gelagert, bildet es dort ein wirkliches corpus spongiosum, das länglich abgeplattet, etwas länger als das Ovarium und ungefähr 1 Centim. dick ist.

Das Muskelgewebe des breiten Mutterbandes verlängert sich in das Ovarium, wo es in der Form von spindelförmigen Muskelbündeln die Graaf'schen Follikel in die Maschen seines Netzes einschliesst. [5])

Was das Verhalten der Graaf'schen Follikel während der Menstruation betrifft, so wird man einige hierauf bezügliche Thatsachen im 5. Capitel finden. Die meisten dieser Beobachtungen wurden an eines gewaltsamen Todes gestorbenen Frauen gemacht; sie zeigen sämmtlich die Bildung kleiner Blutergüsse im Innern der Follikel und weisen folglich eine für Blutungen des kleinen Beckens günstige Bedingung nach.

3. Uterinschleimhaut.

Es wird hier wohl nicht nöthig sein, auf die Gefässentwickelung in der Uterinschleimhaut und die Blutausscheidung, welche jede Katamenialperiode begleitet, näher einzugehen.

---

[5]) Ch. Rouget. loc. cit.

Viertes Capitel.

Kritik der verschiedenen Theorien der Hämatocele retrouterina.

Bevor ich mich zu dem Studium der Pathogenie der Hämatocele retrouterina wende, halte ich es für zweckmässig, einen kurzen Blick auf die verschiedenen Theorien zu werfen, die man bisher aufgestellt hat. Ich werde von diesem Gesichtspunkt aus betrachten: den spontanen Eiaustritt; die Apoplexie des Ovariums; die Hämorhagie der Tuben; den Rückfluss des Bluts von dem Uterus in die Muttertrompete und des Peritoneum; den extrauterinen Eiaustritt, und die Varicen des ligamentum latum.

1. Spontaner Austritt des Eis.

Als Nélaton der Hämatocele retrouterina den Namen gab und ihr eine Stelle im nosologischen System anwies, gab er zugleich die Ursache an, die nach ihm den Erguss innerhalb des Beckens hervorruft.

„Die retrouterine Hämatocele ist abhängig von dem spontanen Austritt des Eis und hat ihre nächste Ursache in dem Erguss des Bluts in den hinteren peritonealen Blindsack, welches bei jeder Menstruation aus dem Ovarium austritt, um sich in die Muttertrompete und den Uterus zu begeben."

„Bei jeder Katamenialperiode entsteht eine Congestion nach dem Ovarium, ein Graafscher Follikel zerreisst und ein

Eichen geht in die Tuba über. Noch mehr, die Berstung des Follikels hat einen gewissen Bluterguss zur Folge. Nehmen wir an, dass die Wanderung des Eichens eine unvollkommene sei, so wird das Blut, wenn die Hämorhagie etwas beträchtlich ist, in den peritonealen Blindsack fallen.“ [1])

Man sieht, der gelehrte Kliniker dachte schon damals, dass der spontane Austritt des Eis zur Hämatocele retrouterina prädisponire, welche zu ihrer Entstehung nur noch eine stärkere Blutung nöthig habe; und dass in allen Fällen die Affection als ein Zufall der Menstruation betrachtet werden müsse.

Professor Laugier hat der Académie des sciences eine Denkschrift eingereicht, in der er die Ansicht von Nélaton über die nächste Ursache der Hämatocele, den spontanen Eiaustritt, vollkommen theilt, und hauptsächlich auf die Nothwendigkeit einer der Menstruation begleitenden erhöhten Congestion Gewicht legt, da die physiologische Congestion für sich allein nach ihm keinen Bluterguss hervorzurufen vermag. Indem er nachzuweisen sucht, dass die Hämatocele von einem Zufall der spontanen Eiablösung abhängig sei, macht er die Bemerkung, dass die hypogastrischen Schmerzen, welche bei der Dysmenorrhoe empfunden werden (und bei allen Fällen von Hämatocele, die ich beobachtet habe, ging dies Symptom voraus) und die Schmerzen bei der Krankheit selbst, im Niveau des einen oder anderen Ovariums angegeben werden. Er hat sich dann vor Allem andern angelegen sein lassen die äussere Ursache dieser abnormen Ovariencongestionen aufzusuchen. Schon damals verwarf er als zu unbestimmt die Bezeichnung Ovarienapoplexie, die er anfangs im Jahr 1853 gewählt hatte, und nahm an, „dass unter dem Einfluss von Gelegenheitsursachen, welche die Ovariencongestion steigern oder eine venöse Blutstase herbeiführen (wie die Anstrengung beim Tanzen, zu schwere Lasten oder ein Coitus während der Regeln), ein oder mehrere Ovarienfollikel klaffend bleiben und einen Blutfluss liefern können, an dem die Gefässe der

1) Gazette des hôpitaux. 1851. Klinische Vorträge gesammelt von Gaillet et Bauchet.

Follikelwandungen und die des Corpus luteum und des Ovariengewebes Antheil nehmen können."

Wie Nélaton betrachtet auch Laugier die Hämatocele retrouterina als einen Zufall des spontanen Eiaustritts, der demzufolge nur bei der Katamenialperiode eintrete, und hat zur Unterstützung seiner Ansicht 7 Beobachtungen angeführt, in denen das Zusammentreffen der Katamenialperiode mit dem Beginn der Hämatocele retrouterina vollkommen festgestellt ist. Er ging selbst noch weiter und nahm an, dass der Beginn der Krankheit auf das Ende des Menstrualflusses zurückzuführen sei, weil nach Bischoff um diese Zeit der Graafsche Follikel berstet und das Eichen austreten lässt.

Die Theorie Nélaton's hat in der letzten Zeit eine gewisse Zahl von Gegnern gefunden. Man leugnete gleich von vorn herein, dass ein Graafscher Follikel Blut genug liefern könne, um jene beträchtlichen Blutergüsse zu bilden, die man bisweilen antrifft. Man stritt über den anatomischen Sitz innerhalb des Peritoneums, den er für das extravasirte Blut angegeben hatte.

Was den ersten Einwurf betrifft, so haben, wie es mir scheint, die Schriftsteller seine Ansicht falsch gedeutet. Da Nélaton gezeigt hat, dass die Affection eine etwas beträchtliche Ovarienblutung voraussetze, so hat er, meine ich, damit ausgesprochen, dass ein gesundes Ovarium sie nicht hervorrufen könne, und dass er gewisse unterstützende locale oder allgemeine Ursachen annehme, die einen Blutfluss herbeizuführen im Stande seien; ein Moment, das übrigens Laugier betont hat, wenn er sagt, dass die Gefässe des Follikels, des Corpus luteum und des Ovariengewebes an der Hämorrhagie Theil nehmen und dass das Ovarium schon krank sei.

Nachdem man geleugnet hatte, dass das Blut aus dem Ovarium käme, stellte man andere Erklärungen der Thatsache auf. Die Einen dachten, dass das Blut aus dem Uterus nach der Tuba und dem Peritoneum zurückflösse. Richet glaubte, dass das Blut stets aus einem Varix des ligamentum latum stamme. Trousseau nahm an, dass die Blutung ihre Quelle in der Muttertrompete habe und ihre nächste Ursache eine hämorrhagische Diathese sei. Was die Theorie der Ovarien-

apoplexie betrifft, so ist sie unter einem andern Namen nur eine Wiederholung der Ansicht von Laugier.

Der zweite Einwurf, nämlich der des anatomischen Sitzes, ist namentlich von Huguier in der Société de chirurgie erhoben worden, der zu zeigen gesucht hat, dass es intra- und extra-peritoneale Hämatocelen gebe. Diese Ansicht hat an Nonat, Becquerel, Aran und Gallord Anhänger gefunden; während sich Laugier, Trousseau, Guérard und Oulmont zu der Ansicht von Nélaton bekennen.

2. Apoplexie der Ovarien.

Ganz neuerdings hat man eine Theorie aufgestellt, die annimmt, dass die Apoplexie der Ovarien eine Ursache der Haematocele retrouterina sein könne. Diese Idee war schon im Jahr 1848 von dem Redacteur der Archives de Médecine [2]) bei Gelegenheit einer Beobachtung von Doctor Pollard ausgesprochen worden. Der Zustand des Ovariums wird hier Apoplexie genannt; aber zugleich bedauert, dass die Beobachtung so wenig vollständig sei, so dass sie Zweifel über die Ursache der Ruptur des Ovariums lasse.

Professor Laugier hat in seinen klinischen Vorlesungen [3]) im Jahr 1853 eine eigenthümliche Veränderung des Ovariums gleichfalls als intra- und extra-ovarielle Apoplexie bezeichnet; später in seiner Denkschrift an die Académie des sciences fand er, dass dieser zu unbestimmte Ausdruck nicht scharf genug die Veränderung charakterisire, die er bei der Section vorgefunden hatte. Er nahm jetzt den Namen „erhöhte Congestion“ an, den er für den krankhaften Zustand der Ovarien, den er mit so viel Klarheit beschrieben hat, geeigneter fand.

Scanzoni spricht gleichfalls von der Apoplexie des Ovariums als einer Ursache der Hämatocele retrouterina und citirt den Fall eines jungen Mädchens von 18 Jahren, welches während der Menstruation plötzlich unter den Zeichen einer inneren Hämorrhagie starb. Die Section zeigte an dem etwas vergrösserten rechten Ovarium einen etwa hühnereigrossen,

---

2) Archives de médecine. 1848. 4e série. t. XVIII. p. 475.

3) Prost, Thèse. Paris 1854.

mit geronnenem Blute gefüllten Sack, dessen nach hinten gekehrte Wand einen Riss von mehr als 1 Zoll Länge darbot, durch welchen sich das Blut in einer Menge von etwa 6 Pfunden in die Bauchhöhle ergossen hatte. [4])

Er nimmt an, „dass es, wenn die katameniale Congestion einen sehr hohen Grad erreicht, oder plötzlich erfolgt, oder das Gewebe des Eierstocks und insbesondere die Gefässwandungen in Folge bereits abgelaufener oder noch bestehender Texturveränderungen ungewöhnlich brüchig sind, zur Bildung eines grösseren Blutextravasats kommen könne. Diese Hämorrhagien erfolgen, nach ihm, entweder in die Höhle eines Follikels, oder das Blut tritt in das Stroma des Eierstockes selbst aus."

Scanzoni hält die Diagnose einer Apoplexie des Ovariums für unmöglich.

Auch Luton hat den Namen Apoplexie gewissen pathologischen Zuständen des Ovariums gegeben. [5])

Die Theorie der Ovarienapoplexie ist von Puech in seiner in Montpellier 1858 vertheidigten These wieder aufgenommen worden. Die Beobachtungen, auf die er sich stützt, sind 4 an der Zahl.

Die erste Beobachtung [6]) bezieht sich auf eine Frau, die fast unmittelbar starb, nachdem sie während der Katamenialperiode in kaltem Wasser Wäsche gewaschen hatte. „Das kleine Blecken war mit geronnenem Blut gefüllt; das rechte Ovarium war in einen Blutklumpen verwandelt."

Die Einzelnheiten der Section lassen, wie man sieht, ein grosse Unbestimmtheit über die Natur der Affection.

In der zweiten [7]) handelte es sich um eine seit 6 Jahren kranke, an Menorrhagie leidende Frau, die 27 Stunden nach dem Auftreten von Erscheinungen von Peritonitis und innerer Blutung starb. Das Abdomen enthielt drei Pinten Blut; das linke Ovarium, von der Grösse eines Hühnereis, war schwarz;

---

4) Scanzoni, Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. p. 350.
5) Luton, Union médicale. October 1855.
6) Neumann, medic. Bibliothek. Bd. 78, p. 113.
7) Zeitschr. für physiol. Medicin. Bd. IX. p. 444.

auf seiner Oberfläche fand sich eine Spalte, die beim Druck schwärzliches Blut austreten liess.

In der dritten Beobachtung [8]) war die Quelle der Beckenblutung ein linkseitiger Ovarientumor von der Grösse eines Apfels. Die linke Tuba Fallopii enthielt ein Coagulum von der Dicke einer Mandel und zeigte einen Einriss, der durch ein Gerinnsel verlegt war. In diesem Coagulum entdeckte Doctor Pollard einen Sack, der einer Eihülle glich; der Uterus enthielt eine Decidua.

In der vierten von Puech selbst gemachten Beobachtung (Beob. VIII der These) hatte die Kranke nach einer plötzlichen Unterdrückung der Regeln vor 4 Monaten, aufgehört regelmässig menstruirt zu sein. Es hatte sich ein Schmerz in der rechten fossa iliaca eingestellt. Sie starb nach 48 Stunden gegen das Ende der Menstrualperiode. Bei der Section zeigte sich, dass das Blut aus einer Blutgeschwulst stammte, die sich auf Kosten des rechten Ovariums gebildet hatte, welches die entsprechende Muttertrompete abgeplattet und fast zum Schwinden gebracht hatte. Die Cyste enthielt geschichtete Blutgerinnsel von verschiedenem Alter.

Die Beobachtungen von Scanzoni, Neumann und des Archivs für physiologische Arzneikunde sind allerdings Beispiele von Ovarienhämorrhagien, aber man kann für diese Fälle kaum den Namen von Ovarienapoplexie annehmen, der den Nachtheil hat, zu allgemein und zu wenig scharf bezeichnend zu sein.

Was die 7. und 8. Beobachtung Puechs betrifft, so ist es zweifelhaft ob sie Beispiele von apoplectiformer Hämorrhagie des Ovariums sind.

In der 7. Beobachtung sehe ich eine Tubenschwangerschaft, Ruptur der Cyste und gleichzeitiges Vorhandensein eines Eierstocksfollikels von abnormem Umfang; ein pathologischer Zustand, der in Beziehung steht zu der Volumszunahme und der erhöhten Gefässthätigkeit der Ovarien während der Schwangerschaft. Trotz der gegentheiligen Meinung Coste's ist es ausgemacht, dass die Ovarien beim Empfäng-

---

8) Archives de médecine 1848. 4e série. t. XVIII. Beobachtung des Dr. Pollard. p. 475.

niss an Umfang zunehmen und die gelben Körper der Schwangerschaft nur durch die grössere Activität dieser Drüsen nach der Befruchtung so charakteristisch sind. Die Innenfläche des Follikels, der das Ei geliefert hat, lässt dann eine gewisse Menge Blut austreten; dieses Extravasat kann unter dem Einfluss eigenthümlicher pathologischer Zustände, die eine stärkere Fluxion hervorrufen, wie die Tubenschwangerschaft, gewisse Gränzen überschreiten, und die folliculäre Geschwulst kann bersten, wie in Pollard's Fall; aber man kann desshalb noch nicht sagen, dass dies eine Ovarienapoplexie sei; denn zu einer Apoplexie gehört die Zerstörung des Gewebes, und in jener Beobachtung ist bestimmt angemerkt, dass das Blut aus einer begränzten und durchaus von einem Graafschen Follikel gebildeten Höhle stammte.

Die achte Beobachtung Puechs ist ein Beispiel von intrafolliculärer Blutung und gehört in die Reihe der von Laugier studirten Thatsachen.

Um es kurz zusammenzufassen, so scheint die Prüfung der Beobachtungen, auf die man sich gestützt hat, um den Namen der Ovarienapoplexie annehmbar zu machen, dieser Ansicht nicht günstig, sie bestätigt vielmehr die Richtigkeit des von Laugier gewählten Ausdrucks, erhöhte Congestion.

3. Hämorhagie der Tuben.

Die Schriftsteller, die vor wenigen Jahren diese Erklärung aufgestellt haben, halten den Eierstock nicht für fähig, jene bedeutenden Blutextravasate zu liefern, die man bisweilen bei Sectionen antrifft, und finden in der Schleimhaut der Tuben allein die nothwendigen Bedingungen zur Erzeugung der Hämorrhagie vereinigt. Nach dieser Theorie ist das Extravasat stets intraperitoneal.

Mit Unrecht haben sich Trousseau und Puech diese Erklärung zugeschrieben; denn schon im Jahre 1855 nahmen sie Fénerly [9]) und Professor Scanzoni an, der eine gestützt auf die Ergebnisse zweier Sectionen, der andere auf die folgende Beobachtung:

---

[9]) Fénerly Thèse 1855.

„Ein 22jähriges an Morbillen leidendes Mädchen verschied kurz nach dem Eintritt der Menstruation unter den Erscheinungen einer sehr intensiven Peritonitis, die Section wies als Todesursache eine Hämorrhagie der linken Tube nach; dieselbe hatte die Dicke eines Zeigefingers, war auffallend gestreckt, erschien in Folge des durch die Wände durchschimmernden Blutes blutroth gefärbt und enthielt, wie man sich nach Durchschneidung der Wand überzeugte, etwa 2 Unzen theils noch flüssigen, theils coagulirten Blutes, welches letztere durch das ausgedehnte Abdominalende mit einem nahezu 1 Pfund betragenden, in der Beckenhöhle gelagerten, grösstentheils geronnenen Blutextravasate zusammenhing.“ [10])

Oulmont hat als Beispiel tubärer Hämorrhagie einen Fall aufgeführt, den er der Société médicale des médecins des hôpitaux de Paris vorgetragen hat. [11])

Die Hämorrhagie der Tuben ist kürzlich von Puech [12]) angenommen worden, der zur Stütze seiner Ansicht 7 Beobachtungen beigebracht hat. (Ich rechne die von Baudelocque nicht mit, wo eine Frau 8 Tage nach der Entbindung starb, und bei der sich durchaus kein genauer Sectionsbefund findet.) Von den 7 von Puech berichteten Fällen scheint nur ein einziger (Beob. XIII.) eine Tubenblutung zu sein. Denn es scheint mir misslich, die von meinem Collegen gegebene Erklärung der anderen aus verschiedenen medicinischen Zeitschriften geschöpften Beobachtungen anzunehmen.

Die 11. Beobachtung [13]) scheint mir ein Fall von Abortus bei einer an schwerer Variola erkrankten Frau zu sein.

Die 12. Beobachtung [14]) ist wirklich zu dürftig, um irgend als Beweis dienen zu können.

Die 14. Beobachtung [15]) ist von Reiffsteck als ein Fall interstitieller Schwangerschaft veröffentlicht worden. — Eine Frau von 36 Jahren glaubte sich im dritten Monat schwan-

---

10) Scanzoni lib. cit. p. 315.

11) Bulletins de la société médicale des médecins des hôpitaux de Pasis. Feb. 1858, VI, 2.

12) Thèse. Montpellier 1858.

13) Beobachtung des Doctor Laboulbène. Société de biologie 1852.

14) Russel, Union médicale, 1848. p. 589.

15) Schmid, Medicinisches Correspondenzblatt.

ger. Sie starb in 24 Stunden. Die Bauchhöhle war mit Blut gefüllt. Der Uterus war 5 Zoll hoch (demnach 2 Zoll höher als im Normalzustande). Im Fundus Uteri nahe der Mündung der rechten Tube, jedoch nicht mit derselben communicirend, fand sich eine Erweiterung von dem Umfang eines Taubeneis, die an ihrer Peritonealfläche einen Einriss zeigte, aus dem schwarzes Blut hervordrang. Man fand keine Spuren von Eihäuten. Die Uterinsubstanz verlor sich im Niveau des Sacks und verschmolz mit der harten und membranösen Hülle desselben.

Schmidt betrachtet diesen Fall als eine Extrauterinschwangerschaft, der Redacteur der Gazette médicale, Ruefz von Strassburg dagegen sieht darin eine im Uterus entwickelte Blutcyste. Welche Erklärung auch die richtige sein mag, unmöglich ist es jedenfalls diesen Fall als Beispiel einer Tubenblutung anzuführen, weil die Tasche, welche das Blut geliefert hatte, auf Kosten des Uterus entwickelt war.

Was die 15. [16]) und 16. [17]) Beobachtung betrifft, so erlaubt der Mangel pathologisch-anatomischer Détails in Bezug auf die Ovarien nicht, sie für die eine oder andere Theorie zu verwerthen.

Die 18. Beobachtung ist ein Musterfall von Hämorrhagie des Ovariums auf der rechten Seite. Innige Adhärenzen zwischen einer Tube und dem Eierstock hatten eine tubo-ovarielle Cyste gebildet.

Kurz unter den von Puech citirten 7 Beobachtungen ist nur eine einzige [18]) beweisend; das scheint wenigstens zu zeigen, dass diese Ursache der Hämatocele nicht so häufig ist, als er behaupten möchte.

Die Hämorrhagie der Tuben ist auch die Erklärung, die Professor Trousseau in seinen schönen Vorlesungen über die Hämatocele retrouterina adoptirt hat. Er stützt sich darauf, dass die physiologischen Blutungen stets aus den Schleimhäuten erfolgen, und dass, da die Hämatocele an einen physio-

---

16) Pauli, Gazette des hôpitaux. 1847. p. 135.
17) Godelle, Bibliothèque médicale. 1823. t. 1.
18) Royer, Bulletins de l'Académie de médecine. 1855. p. 21.
19) Gazette des hôpitaux. Juni 1858.

logischen Akt, die Menstruation, gebunden ist, diese Affection durch einen Blutaustritt aus der Schleimhaut, welche dem anatomischen Sitze der retrouterinen Hämatocelen zunächst liegt, nämlich dem äusseren Drittheil der Tubenschleimhaut, entstehen muss. Er giebt nicht zu, dass die Berstung eines zur Reife gelangten Eierstockfollikels mit einem Erguss von Blut verbunden sein könne, der im Stande sei, zu einer Hämatocele Veranlassung zu geben, und sucht dies durch eine Vergleichung der Loslösung des Eis und der Loslösung von Geschwülsten zu begründen. Weder in dem einen, noch in dem anderen Fall käme es zu Hämorrhagien.

Ohne leugnen zu wollen, dass die Tube bisweilen der Ausgangspunkt von Hämatocelen sein kann, schien es mir doch unerlässlich, mich zu vergewissern, ob das Ovarium wirklich niemals das Blut zu diesen Geschwülsten liefern könne. Die Untersuchungen, welche ich mitgetheilt habe [20]) werden, denke ich, hinreichen, um jeden Zweifel in dieser Beziehung zu zerstreuen.

Was die in einigen Fällen beobachteten Erweiterungen der Tuben betrifft, die Trousseau als seiner Ansicht günstig betrachtet und die er in folgender Weise erklärt: „Hämorrhagie in den Canal der Muttertrompete, Retention des Bluts und Ausdehnung dieser Ausführungsgänge“, so beweisen sie nichts Entscheidendes, wenn man die folgenden Beobachtungen durchgeht, die derselben Erwähnung thun:

1. Beob. [21]) — Die Kranke war mit einer Imperforation des Hymen behaftet; bei der Section fand man 200 grammes Blut im kleinen Becken, und die Tube erweitert.

2. Beob. — Bei der Kranken in dem Fall von Pollard [22]) war die rechte Tube durch ein Blutgerinnsel ausgedehnt, in dessen Mitte sich ein Eichen fand. Das rechte Ovarium enthielt ein Corpus luteum; im Uterus fand sich eine Decidua.

3. Beob. — Bei der Frau Bavoux, in der ersten Beobachtung der Abhandlung von Dr. Bernutz, über die durch

---

20) Cap. V. 1, 2, u. 3.

21) Decès, Bulletin de la Société anatomique, 1854.

22) Pollard, Archives de médecine, 1848.

Retention des Katamenialflusses bewirkten Zufälle [23]) waren Blutgeschwülste der Ovarien vorhänden, die mit den Tuben communicirten.

Es war demnach bei der Kranken von Decès das Blut von dem Uterus zurückgeflossen; in dem von Pollard citirten Fall handelt es sich um eine Tubenschwangerschaft. Bei dem Fall von Bernutz stammte das Blut aus den Ovarien. Diess ist übrigens die einzige von den drei Beobachtungen, die ein Beispiel von Haematocele retrouterina ist.

4te Beob. Ein Beispiel von Dilatation, das vielleicht der Theorie der tubären Hämorrhagie günstig ist, nämlich die Kranke Cadubchère, deren Section ich gemacht habe [24]). Die Tuben waren erweitert, von den Ovarien isolirt, von denen das eine atrophisch war, und das andere inmitten von Schichten indurirten Zellgewebes nicht aufgefunden werden konnte.

5te Beob. Bei der Frau Bierry [25]) fand sich derselbe Zustand wie bei der Kranken von Bernutz, aber es war kein Beckenextravasat vorhanden.

Kurz ich glaube, dass man Unrecht haben würde, wenn man die Hämorrhagie der Tuben die Hauptrolle bei der Erzeugung der Haematocele retrouterina spielen liesse, die entschieden dem Ovarium zugesprochen werden muss.

4. Rückfluss des Bluts aus dem Uterus in die Muttertrompete und die Peritonealhöhle.

Dies ist die Erklärung, die Ruysch von einem von ihm beobachteten Sectionsbefunde gegeben hat [26]).

Diess ist auch die Ansicht, die Bernutz in seiner Abhandlung über die durch Retention des Menstrualbluts bedingten Zufälle ausgesprochen hat [27]). Er nimmt bei dieser Art von Affectionen drei Grade an: Anfüllung der secerni-

---

23) Bernutz, Archives de médecine, 1848.

24) Beob. 31, Cap. 14 dieser Monographie.

25) Puech, Thèse p. 71.

26) Ruysch, Observationes, loc. cit.

27) Archives de médecine 1848. Bernutz, Mémoire sur la rétention du flux menstruel.

renden Höhlen, Ausdehnung und Reaction dieser Höhlen, und Continuitätstrennung derselben oder Abfluss der Flüssigkeit durch die Abdominalöffnung der Tuben und Erguss in das Becken.

Wenn man nach der Lectüre seines Aufsatzes urtheilen will, so scheint der Verfasser diese Erklärung nur auf Fälle von imperforirtem Hymen und Retention des Menstrualbluts angewandt haben zu wollen; gleichwohl hat ihn Gallard beschuldigt, „eine allgemeine für alle Blutextravasate innerhalb des Beckens gelten sollende Theorie begründet und Verwirrung in diess Gebiet von Untersuchungen gebracht zu haben“. [28]).

Der Aufsatz von Bernutz verdient diesen Vorwurf keineswegs, weil er sich nur mit der Imperforation des Hymens oder der Obliteration des Gebärmutterhalses, mag dieselbe eine spasmodische oder durch die Gegenwart von Geschwülsten oder Verwachsungen bedingte sein, beschäftigt. Uebrigens hat der gelehrte Arzt seine Theorie so wenig auf alle Fälle von Beckenextravasaten anwenden wollen, als die Haematocele retrouterina zur Zeit, wo er seinen Aufsatz veröffentlichte, überhaupt unbekannt war. Die Beobachtungen, welche sich darauf beziehen, werden als Beispiele von Retention des Katamenialflusses mitgetheilt; das Studium der Symptome, welche die Abweichung der Menstrualfunction mit sich führt, ist der einzige Zweck des Verfassers.

Hélie ist der erste, der diese Theorie auf die Haematocele retrouterina angewandt hat. Es handelte sich um ein während der Menstruation gestorbenes Mädchen, von dem er die folgende Beobachtung veröffentlicht hat [29]).

Ein Mädchen von 20 Jahren starb im April 1858 im Hôtel de Dieu zu Nantes am 7ten Tage einer Scarlatina. Während der Krankheit hatte sie ihre Regeln gehabt.

Der Uterus war etwas grösser als im Normalzustande, seine in ihrer ganzen Ausdehnung vergrösserte Höhle war vollständig von einem Blutgerinnsel ausgefüllt, das sich bis zum Orificium externum des Halses erstreckte und sich in beide Tuben verlängerte. Die Schleimhaut der Gebärmutterhöhle

28) Bulletin de la Société anatomique, 1855, p. 290.
29) Journal de médecine de la Loire-Inférieure, 1858.

war roth und etwas geschwollen. Der Zustand des Uterus zeigte, dass niemals eine Schwangerschaft vorhanden gewesen war. Die Tuben enthielten jede ein Blutgerinnsel, das mit dem der Gebärmutterhöhle zusammenhing. Diess lange Coagulum setzte sich bis 2 oder 3 Centim. von der Abdominalöffnung fort. Die Schleimhaut der Tuben zeigte weder wahrnehmbare Röthe noch Anschwellung. Das Abdominalende derselben war frei offen, die Tuben übrigens im gesunden Zustande und in ihrer ganzen Ausdehnung normal gebildet. In seinem Verlauf durch die Uterinwandung hatte der Canal jeder Tube einen Durchmesser von wenigstens $1^1/_2$ Millim. und behielt diese Breite bis 2 Centim. nach aussen von dem Uterus. In diesem ganzen engen Theil war er vollständig von dem Blutcoagulum ausgefüllt. Dann bekam der Canal der Tube eine Weite von 2 und bald von 3 Millimeter; das Blutgerinnsel, obgleich noch dicker als im inneren Theil, erfüllte ihn nicht mehr so vollständig und lief in den weitesten Theil der Tube in ein fadenförmiges Ende aus. Kein Tropfen Blut war in das Abdomen ergossen. Die beiden Ovarien waren voluminös und enthielten viel Graaf'sche Follikel, kein frisches Corpus luteum. Am äusseren Ende des linken Eierstocks fand sich ein Graaf'scher Follikel von der Grösse einer kleinen Nuss, mit einem Blutcoagulum gefüllt; seine Wandungen waren dick und geschlossen, seine Häute deutlich unterscheidbar. Die äussere hypertrophische Membran zeigte auf einem Querschnitt des Follikels ihre charakteristischen ausgeschweiften Falten. Diese Beobachtung ist von den folgenden Betrachtungen begleitet:

„Das in den Tuben vorgefundene Blut stammte aus der Gebärmutterhöhle und nicht aus den Tuben. Die Menge des in den Eileitern enthaltenen Bluts verminderte sich allmälig gegen den weitesten Theil hin, gerade da, wo die Schleimhaut weicher und gefässreicher ist; übrigens zeigte diese Membran durchaus keine Erscheinungen einer Fläche, aus der eine Blutung stattgefunden hat, während diess bei der Uterinschleimhaut ganz deutlich der Fall war. Das Blut war in die Tuben zurückgeflossen, und dieser Uebergang war durch die Erweiterung der inneren Tubenmündungen erleichtert worden, die bei der Menstruation entsteht und den Durchmesser

der Uterinöffnungen von 1 Millim. bis auf 1½ Millim. vergrössert."

Dieser Fall ist für den Verfasser gleichsam der erste Grad der Haematocele retrouterina, da er den Weg zeigt, den das Blut bei gewissen Blutextravasaten des kleinen Beckens nimmt, und auf diese Weise erklärt er auch die von Trousseau [30]) und Laboulbène [31]) beobachteten Thatsachen.

Hélie hält die Entbindung für den Rückfluss des Bluts aus dem Uterus in die Tuben für nicht günstig. An der Innenfläche des Uterus und an jeder Seite des Ostium uterinum entwickelt sich während der Schwangerschaft ein dreieckiges Muskelbündel, das einen sehr deutlichen doppelten Vorsprung bildet, der sich an die Ränder der Oeffnung anlegt und sie vollständig verschliesst.

Diess ist eine Entgegnung gegen den Dr. Aubinais von Nantes, der als Gegner dieser Theorie meinte, dass wenn jener Rückfluss sich erzeugen könne, diess vorzugsweise dann der Fall sein müsse, wenn bei der Entbindung zur Stillung einer Uterinblutung die Tamponade der Vagina angewandt werde.

Hélie ist bis jetzt der einzige Anhänger seiner Theorie; die Gegner derselben sind dagegen zahlreich; ich nenne nur Richet, Gallard und Guyon [32]).

Mañ sträubt sich anzunehmen, dass die so enge Mündung der Tube, die durch die fibrillären Muskelcontractionen des Eileiters verengt, durch die Faltungen der Tubenschleimhaut so genau verschlossen werden kann und die sich mit einer sinuösen Spalte vergleichen lässt, den Austritt von Flüssigkeiten aus dem Uterus gestatten könne.

Eine Thatsache, die ich einer Abhandlung des Doctor Raciborski [33]) entlehne, zeigt den Widerstand des ostium uterinum für den Ausfluss von Flüssigkeiten aus der Gebärmutterhöhle.

„Eine Injection von warmem Wasser wurde mit Gewalt

---

30) Gazette des hôpitaux, 1858.
31) Gazette médicale de Paris, 1853, p. 78.
32) Thèse, Paris 1858.
33) Raciborski, Moniteur des hôpitaux, 30 Juli, 1857.

in die Gebärmutterhöhle getrieben; man fühlte den Uterus oberhalb der Schaambeine; gleichwohl trat durchaus kein übeler Zufall ein.“

Anderseits haben Martiartu und Dr. Guillier mehrere Beobachtungen von Frauen berichtet [34]), die während der Vaginalinjectionen plötzlich Zufälle von entschiedener Peritonitis bekamen; sie schreiben dieselben dem Rückfluss nicht der Flüssigkeit, sondern von Luft in die Gebärmutterhöhle und die Tube und dem Eindringen derselben in die Bauchhöhle zu.

Richet hat einen ähnlichen Fall beobachtet, und glaubt nicht mehr an das Eindringen der Flüssigkeit in die Bauchhöhle.

Guyon meint, ohne mit Wharton eine Klappe anzunehmen, die bestimmt sei, den Uebergang einer Flüssigkeit von der Gebärmutterhöhle in die der Tuben zu verhindern, dass das Ostium uterinum, wie das Orificium internum des Gebärmutterhalses durch jene von Richard dem Aelteren beschriebenen longitudinalen Falten verlegt werde, die an der Uterinöffnung der Tuben anschwellen, ineinandergreifen und meistens in Berührung sind.

Hélie stützt sich noch auf einen von Henry beobachteten Fall, den der letztere mir bereitwillig mitgetheilt hat. Es handelte sich um eine Kranke, die in die Abtheilung Valleix's wegen einer Blenorrhagie aufgenommen war.

„Diese war fast verschwunden, aber man behielt die Kranke, weil sie eine leichte Retroversion des Uterus hatte, die zu einigen Erscheinungen, wie Magenkrampf, Schwere im Perineum, Schmerzen in den Lenden und Schenkeln Veranlassung gab; auch war noch ein geringer opaker, katarrhalischer Ausfluss zurückgeblieben, der aus dem Inneren der Gebärmutter kam, deren geschwollener und weit geöffneter Cervix das Einführen des letzten Gliedes des Zeigefingers gestattete. Zugleich war etwas Anschoppung des Uterus vorhanden, gegen die man Ruhe, Bäder und erweichende Injectionen in Anwendung zog. Die Kranke hatte guten Appetit und durchaus kein Fieber, als sie plötzlich, während sie ihre gewohnten

34) Gazette médicale, 1857.

Einsprützungen machte, von einem sehr lebhaften Schmerz in der Gegend des rechten Ovariums befallen wurde; heftige Kolikschmerzen, Krämpfe in den Extremitäten, Angst, Unruhe, entstelltes Gesicht, keuchende Respiration, Puls von 88, trotz 15 Blutegeln, Bädern, erweichenden Kataplasmen, demulcirenden Getränken, Mercurialeinreibungen u. s. w.; der Puls stieg bald auf 120 und 160, und trotz unserer Anstrengungen unterlag die Kranke schon nach 48 Stunden, mit einer sehr ausgesprochenen Resistenz der rechten Weiche und einem schmerzhaften Meteorismus des ganzen Abdomen.

Bei der Section fanden sich die verschiedenen Duplicaturen des Netzes injicirt, das Peritoneum zeigte grünliche, rahmartige Eiterablagerungen.

Das kleine Becken enthielt ohngefähr 100 Grammes einer sero-purulenten Flüssigkeit. Der Uterus war von gelblicher leicht rosenrother Farbe und derber Consistenz, die breiten Mutterbänder violett, verdickt; die Tuben lividroth, wie infiltrirt, namentlich rechts. Das rechte, 4 Centim. lange Ovarium war nach hinten zurückgeschlagen und ganz von Eiter eingehüllt. Das linke Ovarium war $3^1/_2$ Centim. lang, fluctuirend, höckerig ebenso wie das rechte.

Bei der Untersuchung der Cavitäten der Geschlechtsorgane fand sich die Uterinschleimhaut im Hals und Körper etwas roth und zottig, die Tuben injicirt, verdickt, namentlich die rechte; die Ovarien enthielten auf beiden Seiten mehrere Blutgerinnsel, die den Eintritt einer Katamenialperiode anzeigten. Die Abdominalöffnung der rechten Tube war intensiv violettroth.

Dimensionen des Uterus. Höhe . . . . . 8 Centim.
— — — Breite des Fundus 3 —

Das sind die Hauptpunkte in dieser Beobachtung. Der plötzliche Eintritt der Zufälle im Augenblick einer Injection, der heftige Schmerz in der Gegend des rechten Ovariums, das uns die Section von Eiter eingehüllt zeigt, und die verschiedenen Symptome einer peracuten Peritonitis liessen für Valleix keinen Zweifel über das Eindringen der Injectionsflüssigkeit in den offenstehenden Uterus und die Tuben. Ich muss indess hinzufügen, dass eine nach dem Tode kräftig in den Uterus eingetriebene Injection nicht in die Muttertrompeten

einzudringen vermochte; aber die Entzündung und Anschwellung der Schleimhaut konnte wohl die Tubenmündungen obstruirt haben.

Die Zufälle treffen in der That mit der Injection zusammen; aber wären dieselbe die bestimmte Ursache gewesen, so hätten die oberen Oeffnungen nicht genau geschlossen sein müssen, wie es Guyon gezeigt hat, und überdiess giebt Henry als Sectionsbefund die Röthe der Uterinschleimhaut an.

Warum soll man in diesem Fall nicht einfach ein zufälliges Zusammentreffen annehmen, wie es bisweilen seltsam genug vorkommt? Als ich im Jahr 1856 Assistent an der Abtheilung Nélatons war, sah ich in Folge einer Vereiterung des kleinen Beckens eine junge Frau unterliegen, bei der man die Curette von Récamier hätte einführen müssen, da sie an Fungositäten der Gebärmutter litt. Der geschickte Chirurg hätte sie operiren können, aber er kündigte ihr bei der Visite an, dass er die Operation auf morgen verschieben wolle. An demselben Tage wurde ich eiligst gerufen; sie war von Peritonitis befallen und starb trotz energischer Antiphlogose am folgenden Morgen. Hätte Nélaton die Curette eingeführt gehabt, wie er es sich anfangs vorgenommen hatte, man hätte gewiss die Operation als Ursache des Todes beschuldigt. Deshalb bleibt mir einiger Zweifel über die Bedeutung des Henryschen Falls, wie sie Hélie versteht; ich glaube vielmehr, dass die Entzündung der Uterinschleimhaut darauf hinweist, dass hier eine Peritonitis durch Continuität der Gewebe entstanden war.

Anderseits darf die Abhandlung von Hourmann über Intrauterininjectionen und die Beobachtung, die den Ausgangspunkt derselben bildet, nicht mit Stillschweigen übergangen werden [35]).

Ein 18jähriges Mädchen von guter Constitution war seit 9 Monaten im Hospital an einer hartnäckigen Leukorrhoe behandelt worden, deren ausschliesslicher Sitz der Uterus war. Alle gewöhnlichen Mittel waren erschöpft. Hourmann injicirte mittelst der Clysopompe eine Abkochung von Wallnuss-

---

[35]) Hourmann, Journal des connaissances médico-chirurgicales, Juli 1840.

blättern in den Gebärmutterhals. Beim ersten Druck des Stempels stiess die Kranke einen Schrei aus, indem sie lebhaft mit der Hand nach der linken regio iliaca fuhr. Mehrere Stunden lang hatte sie Schüttelfröste, dann folgte eine intensive Fieberbewegung. Der Schmerz war wehenartig und breitete sich in die Beckenhöhle aus. Hourmann erklärte sich diese Zufälle aus dem Uebertritt der Flüssigkeit aus der Muttertrompete in das Peritoneum. Er machte dann Versuche an Leichen. Bei acht drang die Flüssigkeit nicht in das Uterinostium ein, aber bei einer 9ten ging sie unmittelbar in die Oeffnung, die in diesem Fall klaffend war, über. Die Leiche war die einer 45jährigen Frau, die nie Kinder gehabt hatte.

Diese eigenthümliche Thatsache bestätigt die Ansicht von Richard, dass bei Frauen, die nie geboren haben, das Ostium uterinum leichter zu entdecken ist als bei Multiparen. Ich füge zur Widerlegung der Annahme Hélies in Betreff der Erweiterung des Ostium uterinum während der Menstruation die folgende mir wörtlich von Robin gemachte Mittheilung bei.

„Während der Menstruation erweitern sich die inneren Oeffnungen der Tuben nicht; was sich erweitert, ist der Theil des Winkels des Uterus, der vor den Oeffnungen liegt und diese Erscheinung entsteht unter dem Einfluss der Vascularisation.“

Nach der Uebersicht, welche ich von den verschiedenen Ansichten über die Durchgängigkeit der Uterinmündungen der Muttertrompeten gegeben habe, sieht man, dass die Frage noch weit von ihrer Lösung entfernt ist und dass noch neue Beweismittel für die Theorie beigebracht werden müssen, welche die Haematocele retrouterina durch den Rückfluss des Bluts aus dem Uterus in die Tuben zu erklären sucht.

Zu Ende des Capitels will ich noch eine Beobachtung mittheilen, die man als Beispiel von Rückfluss des Bluts aus dem Uterus in die Tuben und Haematocele retrouterina aufgeführt hat. Nichts scheint mir so wenig nachgewiesen, wie der Leser selbst beurtheilen wird.

Imperforirte Vagina. — Geschwulst im Abdomen. — Incision der verschliessenden Membran. — Zufälle von Peritonitis. — Tod.

In der Peritoncalhöhle und namentlich im kleinen Becken

Eiter und eiterförmige Flüssigkeit. — Uterus umfangreicher als normal; Höhle des Cervix erweitert; innerer Muttermund nicht verstrichen; Uterinschleimhaut von Blut tingirt.

Der innere Abschnitt der Muttertrompeten ist normal; aber der dem Eierstock zugekehrte ist von schwärzlichem, sehr flüssigem Blut ausgedehnt. Ein leichter Druck genügt, um es tropfenweise hervortreten zu lassen; der Zustand der Ovarien ist nicht angeführt [36]).

Die Verfasser dieser Beobachtung betrachten dieselbe als ein Beispiel von Rückfluss des Bluts aus dem Uterus in die Tuben. Nichts scheint mir indess weniger bewiesen. Der Theil der Tuben, der dem Uterus zunächst liegt, enthält kein Blut, man findet dasselbe nur in dem äusseren Theil. — Dieser Fall würde vielmehr auf eine Hämorrhagie der Tuben zurückgeführt werden müssen, wenn der Zustand der Ovarien notirt worden wäre, bei dem mangelnden Nachweis desselben scheint er mir gar nichts zu beweisen; übrigens war auch keine Haematocele retrouterina vorhanden.

5. Extrauteriner Eiaustritt, Hineinfallen eines befruchteten oder nicht befruchteten Eichens in die Beckenhöhle.

„Die Bildungsweise der retrouterinen Hämatocelen muss mit der der Extrauterinschwangerschaften gleichgestellt werden. Die Hämatocele ist eine Extrauterinschwangerschaft, nicht jedoch immer das Erzeugniss einer Conception; alle Hämatocelen, die von einer Läsion der Ovarien abhängen, sind nichts anders als Extrauterinschwangerschaften, und das Blut, aus dem sie bestehen, enthält in allen Fällen ein befruchtetes oder nicht befruchtetes Eichen [37])."

Diess ist die Theorie, die Vigues ausgedacht, indess nur Gallard vor der Oeffentlichkeit zu halten gesucht hat. Er hat klinische Beweise für diese Erklärung in dem gewöhnlichen Zusammentreffen des Anfangs der Affection mit der

---

36) Marchant et Mussé, Journal de médecine de la Loire-Inférieure t. XXVI., citirt von Puech, Thèse cit.

37) Bulletins de la société anatomique. Apr. 1858.

Menstruation, in Fällen von Extrauterinschwangerschaft, die wegen der gleichen Symptome mit Hämatocelen verwechselt worden wären, und in gewissen Erscheinungen des Beginns gesucht, die täuschend denen einer Schwangerschaft gleichen und in der That oft die Kranken und selbst ihre Aerzte irre geführt haben sollen. Er sucht gleichsam von vornherein verschiedenen Einwürfen, unter andern dem wichtigsten, nämlich dem Fehlen eines Foetus bei verschiedenen Sectionen zu begegnen: „Wenn man ihn nicht gefunden hat, so hat man ihn nicht richtig gesucht.“

Prüfen wir die verschiedenen Punkte:

1. Fall eines nicht befruchteten Eichens in das kleine Becken. — Es ist schwer, sich die Wichtigkeit zu erklären, die unser College der Gegenwart eines nicht befruchteten Eis in dem Blutextravasat beimisst. Angenommen, das Eichen sei aus dem Graaf'schen Follikel hervorgetreten und mit dem Blut in die Peritonealhöhle geschwemmt: welche krankhafte Erscheinung kann aus der Gegenwart eines so zarten Körpers, dieser kleinen, körnigen trägen Masse, der vor der Imprägnation mit Spermatozoiden keine vitalen Eigenschaften zukommen, hervorgehen. Ich sehe hier nichts von Bedeutung als das extravasirte Blut; das Eichen ist nur Nebensache.

Bisher habe ich mit Gallard angenommen, dass das Ei in die Beckenhöhle fortgeschwemmt worden sei; allein auch die Thatsache selbst scheint mir keineswegs nachgewiesen; ich habe Kranke beobachtet, bei denen die Affection zwei oder drei Tage nach Beendigung der Regeln begonnen hat; aber zu dieser Zeit ist der Graaf'sche Follikel schon geborsten und das Ei nicht mehr in demselben enthalten.

Ausserdem setzt die Entstehung der Hämatocele schon jenen vorausgegangenen krankhaften Zustand der Ovarien voraus, den Laugier so gut beschrieben hat. Die Zerstörung des Eis ist aber eine der unmittelbarsten Folgen desselben, und wenn das Ovarium in dem hämorrhagischen Impulse zerreisst, so ergiesst sich nur Blut aus der Follikelwunde.

Longet hat gleichfalls diesen Zustand der Follikel be-

schrieben. Eine grosse Anzahl junger Eichen geht frühzeitig abortiv zu Grunde und wird resorbirt [38]).

Da also die in Folge einer Ovarienblutung entstandene Hämatocele stets einen schon vorher krankhaften Zustand voraussetzt, der sich auch durch die Destruction der Ovula ausspricht, so halte ich das Hineinfallen eines nicht befruchteten Eis in den Douglas'schen Raum für unmöglich.

2. Die Hämatocelen und die Extrauterinschwangerschaften bilden nur ein und dieselbe Krankheit. — Dieser zweite Theil der Theorie Gallards begreift die Fälle von Hämatocelen, welche Extrauterinschwangerschaften begleiten sollen; die beiden Affectionen würden nach ihm nur ein und dieselbe Krankheit bilden. Die Theorie setzt demnach die Gegenwart eines Foetus inmitten des Blutextravasats voraus.

Er stützt sich unter anderen Beweisen auf gewisse Erscheinungen des Beginns, die nach ihm denen einer beginnenden Schwangerschaft gleichen sollen. Aber die klinische Beobachtung scheint kein Recht zu derartigen Schlüssen zu geben. Beobachtet man jemals im Anfang der Schwangerschaft die wehenartigen Schmerzen, das Fieber, jene so profusen Metrorrhagien, die Abdominalgeschwulst, die rasche Entfärbung der Haut und oft das Drohen des Todes, alles pathognomische Erscheinungen der Haematocele retrouterina?

3. Die Sectionen sind nicht gehörig gemacht, und man hat die Spuren des Foetus nicht ordentlich gesucht. — Im Gegentheil man hat bei verschiedenen sehr sorgfältig angestellten Sectionen vergebens nach den Spuren eines Foetus gesucht; ich selbst (Beob. 31) habe nichts entdecken können, was die Existenz desselben vermuthen liesse, und ich hatte, da ich die Ideen Gallard's schon kannte, Untersuchungen zu diesem Zweck angestellt.

Der Verfasser entgegnet auf alle Einwürfe, dass es Fehler der nicht gehörigen Untersuchung sei, wenn man den Foetus nicht gefunden habe; allein bei einer Extrauterinschwangerschaft erlangt derselbe stets eine hinreichende Grösse,

---

[38]) Longet, Traité de Physiologie. Paris 1850. T. II. — De la génération, p. 80.

um inmitten der Blutcoagula, die ihn einhüllen, aufgefunden werden zu können. Er vergrössert sich während 2 bis 3 Monaten, der Zeit, wo gewöhnlich die Berstung der fötalen Cysten eintritt und es scheint sehr schwer, dass man bei der Section, — und diese Sectionen sind stets mit grosser Sorgfalt gemacht worden —, einen zwei- bis dreimonatlichen Foetus nicht entdecken sollte.

Ich sehe freilich voraus, dass wenn man keinen Foetus findet, Gallard entgegnen wird, dass man es mit der Art von Hämatocele zu thun gehabt habe, die er „extrauterinen Eiaustritt, jedoch nicht als Erzeugniss der Conception" nennt. Allein hätte man nicht wenigstens in einigen Fällen einen Foetus oder seine Reste finden müssen? Aber es ist nichts der Art nachgewiesen worden; die einzigen Sectionen, bei denen man Foetus gefunden hat, gehören Fällen von plötzlich durch Ruptur einer fötalen Cyste entstandenem Tode an, und das sind gewiss keine Hämatocelen; das Beckenextravasat ist hier der Ausgang einer abnormen Schwangerschaft.

Schliesslich will ich noch Folgendes geltend machen: Das Hineinfallen eines befruchteten Eis in den Douglas'schen Raum setzt einen voraufgegangenen Coitus und den Verlauf einiger Zeit zwischen diesem und dem Beginn der Affection voraus. (Herr Gallard glaubt, meine ich, nicht an eine momentane Befruchtung. Ich spreche von Fällen, wo weder ein Fall noch andere gewaltsame Ereignisse vorausgegangen waren, kurz von Fällen, die am besten für die Theorie, die er vertheidigt, passen würden).

Ich wählte als Beispiele die Thatsachen, welche ich selbst beobachtet habe. Bei der Frau (Beob. 2) hatte ein Coitus vor dem Beginn der Affection stattgefunden, ebenso in Beob. 4 u. 32; bei diesen war der Coitus der Krankheit höchstens um einige Minuten vorausgegangen. Die eine war während des Actes selbst in Ohnmacht gefallen, und bei den beiden anderen hatten die Schmerzen bald die grösste Heftigkeit erreicht. In diesen 3 Fällen war folglich kein befruchtetes Ei vorhanden, da die schönen Arbeiten von Bischoff und Coste gezeigt haben, dass das Hinaufgelangen der Spermatozoen bis in das Abdominalende der Tuben einen Zeitraum von vier bis

BOSTON MEDICAL
JUL 24 1923

acht Tagen erfordert. Ich finde überdiess, dass Pouchet [39]) leugnet, dass der Saame überhaupt bis zum Eierstock gelangen könne; die Länge, das Gewundensein, der Gefässreichthum der Tuben erscheinen ihm als unüberwindliche Hindernisse für das Weiterschreiten der Saamenflüssigkeit nach dieser Drüse. Die Secretionsorgane, sagt er, führen die Flüssigkeiten nicht in entgegengesetzter Richtung, und die Tuben haben nur den Zweck, das Ei in den Uterus zu geleiten; sie contrahiren sich von aussen nach innen. Dieser geschickte Beobachter legt ferner noch Gewicht auf die Gegenwart von undurchdringlichem Schleim in den Tuben. Es ist gleichwohl nicht unmöglich, dass das Sperma bis zum Ovarium gelangt; einige Fälle von Abdominalschwangerschaft erlauben es nicht, die Ansicht Pouchet's ohne Einschränkung anzuerkennen, aber es ist unmöglich, die von Gallard anzunehmen, wenn man Kranke höchstens einige Stunden nach dem Beischlaf von den Symptomen der Haematocele retrouterina ergriffen werden sieht.

Kurz die Theorie von Vigues und Gallard scheint mir nicht haltbar. Die Gegenwart eines nicht befruchteten Eis inmitten des Blutextravasats hat keine Bedeutung, und das Zusammenwerfen der Extrauterinschwangerschaften und gewisser Hämatocelen zu einer einzigen Krankheit scheint mir eine bedenkliche Sache. Der Verstand wird durch diese Vereinfachung der Diagnostik nicht befriedigt; ich werde übrigens später zu zeigen versuchen, dass die klinische Beobachtung diese beiden Affectionen zu unterscheiden vermag.

Ich will zum Schluss noch bemerken, dass Gallard zu denen gehört, die eine extraperitoneale Hämatocele annehmen. Wie erklärt denn unser College den Weg, den das Eichen und das Blut nehmen müssten, um von der freien Oberfläche des Ovariums in das subperitoneale Zellgewebe zu gelangen? Man sieht, hier findet ein schlagender Widerspruch zwischen den beiden Ansichten statt.

---

[39]) Théorie positive de l'ovulation spontanée de la fécondation. Paris 1847, p. 76, 297 ff.

6. Varicocele der Ovarien.

„Das Blut der retrouterinen Hämatocelen wird von den subovariellen Venen geliefert. Das ist die Theorie, die Richet [40]) aufgestellt und namentlich einer seiner Schüler Dr. Devalz [41]) weiter entwickelt hat.

Richet hat zur Stütze seiner Ansicht zwei Beobachtungen veröffentlicht, die indess nicht beweisend erscheinen. Selbst in der Dissertation seines Schülers, in der die Beschreibungen der Varicocelen des Ovariums von dem grössten Interesse sind, scheint mir der anatomische und hypothetische Theil bei weitem den klinischen zu überwiegen. Ohne lange bei den beiden Beobachtungen von Metrorrhagien während der Menstruation zu verweilen, welche Madame Boivin [42]) dem Gebrauch von Schnürstrümpfen gegen Varicen zuschrieb, will ich nur an die von Pelletan [43]) erinnern, der als Varicocele des Ovariums eine Läsion bezeichnet, welche eine Hämorrhagie innerhalb des Beckens hervorgerufen hatte, und ferner an die nachstehende, die Ollivier von Angers [44]) angehört.

Tubenschwangerschaft. — Plexus von varicösen Venen in der Dicke des ligamentum latum. — Berstung einer dieser Venen. — Tod nach 7 Stunden.

Vincent (Pierrette) 28 bis 29 Jahr alt, seit längerer Zeit kränklich, hatte im Anfang April 1834 einen Blutfluss, gegen den sie am 24ten desselben Monats einen Charlatan zu Rathe zog; dieser gab ihr aus Bolus Armen. und Extr. Ratanhae bestehende Pillen. Trotz des Gebrauchs dieser Mittel dauerte der Blutfluss fort, als sie plötzlich, am 9. Mai 1834 um 2 Uhr Nachmittags, von Schmerzen im Bauche mit Schluchzen, Ohnmachten, Erbrechen, Kälte der Extremitäten, kurz allen

40) Traité d'anatomie chirurgicale, p. 736.
41) Thèse de Paris, 1858.
42) Boivin, Hémorrhagies internes de l'utérus. Paris 1819, p. 143.
43) pag. 9.
44) Archives gén. de méd. Juli 1839, p. 403.

Erscheinungen einer inneren Blutung befallen wurde. Diese Zufälle dauerten trotz aller Mittel, die man zu ihrer Beseitigung anwandte, fort, und das Mädchen unterlag denselben noch an demselben Tage, Abends gegen 9 Uhr.

Da die Plötzlichkeit des Todes, der mit der Anwendung der von dem Charlatan gekauften Pillen zusammentraf, daran denken liess, dass derselbe durch die verschriebene Arznei bedingt worden sein könne, so wurde ich nebst Dr. Boys de Loury von dem Staatsanwalt beauftragt, die Section der Leiche vorzunehmen, was auch am anderen Morgen 10 Uhr geschah.

Section. — Allgemeine Entfärbung der Haut, Leib enorm geschwollen, vorzugsweise in der regio hypogastrica, die einen sehr ausgesprochenen kegelförmigen Vorsprung bildet. Beim Durchschneiden der Bauchwandungen ergiesst sich eine beträchtliche Menge schwarzen, flüssigen, noch warmen Bluts. Alle Gedärme, die von Gas ausgedehnt sind, werden durch eine enorme Masse geronnenen Bluts emporgehoben, das die ganze Excavation des kleinen Beckens ausfüllt und ein schwärzliches, noch warmes, etwa 4 Pfund schweres Coagulum bildet.

Oberhalb des rechten Ovariums fand sich ein $2^1/_2$ bis 3 Zoll langer $1^1/_2$ breiter eiförmiger Tumor von queerer Richtung und schwärzlicher Farbe, der in der Tube dieser Seite enthalten war, welche letztere gleichfalls sehr vergrössert war. An dem freien Ende, das heisst der Abdominalöffnung, war die vollkommen verschlossene Mündung durch eine kleine konische Verlängerung ersetzt, welche durch die Verschmelzung aller Fimbrien entstanden schien, die mit einander verwachsen waren wie eine strahlenförmige Narbe, deren Gestalt etwa der Runzelung am Ende der Schaale einer Wurst glich. Nach dem Uterus zu behielt der übrige Theil der Tube, dessen Länge etwa einen Zoll betrug, nachdem er sich allmälich verengt hatte, den Umfang einer gewöhnlichen Schreibfeder. Der Ausführungsgang dieser Tube war frei und etwas weiter als der auf der linken Seite.

Etwa in der Mitte der Länge der eben beschriebenen Geschwulst bemerkte man durch die Dicke ihrer sero-fibrösen Hülle ungefähr im Umfang eines Fünfcentimesstücks eine stärkere bläuliche Färbung, die augenscheinlich durch eine

gefärbte unmittelbar unter ihr liegende Flüssigkeit hervorgebracht wurde, deren Fluctuation man sehr deutlich fühlen konnte. Ich machte einen Einschnitt durch die ganze Länge der Geschwulst und legte so eine schwammige, braunröthliche Masse frei, die durch ihr fleischiges und gefässreiches Ansehen und ihre Consistenz der Placenta glich. Ungefähr in der Mitte dieser spongiösen Masse bemerkte man eine häutige, zusammengefallene Blase, die durch ein ausserordentlich zartes, durchsichtiges Häutchen gebildet wurde, das durch eine klare röthliche Flüssigkeit emporgehoben wurde. Inmitten dieser Flüssigkeit schwamm ein kleiner weisser Körper. Ich schnitt mit grosser Vorsicht die membranöse Lamelle ein, welche die Blase bildete, und erkannte in dem weissen Körper, welchen die Höhle enthielt, sehr deutlich einen seitlich abgeplatteten Embryo, wie man ihn 5 bis 6 Wochen nach der Empfängniss beobachtet. Ich fand keine Spur eines Nabelbläschens; die Nabelschnur war fadenförmig, ohne Anschwellungen in ihrem Verlauf. Demnach war die Membran, die ich eingeschnitten hatte, das wahrscheinlich durch das Chorion verstärkte Amnion, das unvollständig von der Placenta eingehüllt war, deren Gestalt durch die der Höhle, welche sie enthielt, bedingt war.

In der Dicke des rechten breiten Mutterbandes war ein mit schwarzem coagulirtem Blut gefüllter venöser Plexus vorhanden; jeder venöse Ast, von der Grösse einer Schreibfeder, zeigte in seinem Verlauf verschiedene Einschnürungen, ähnlich denen, die der Insertion der Klappen entsprechen. Es fand sich eine wirklich varicöse Erweiterung der Wandungen dieser venösen Canäle; einer derselben zeigte eine sehr umschriebene Ruptur, welche die tödtliche Blutung veranlasst hatte, die durch die Section nachgewiesen war. Im linken Mutterband fand sich nichts der Art.

Die Grösse und Zahl der venösen Aeste dieses Plexus lassen mich glauben, dass derselbe schon vor der Tubenschwangerschaft vorhanden war; allein der von dem Beginn derselben an verstärkte Blutandrang zu den Gebärmutteranhängen hat ohne Zweifel dazu beigetragen, eine rasche und ungleichmässige Erweiterung dieser Gefässe zu erzeugen und so die Ruptur zu bewirken.

Ollivier citirt bei dieser Gelegenheit zwei Beobachtungen:

Die eine von Leclerc betrifft eine Frau, seit vier Jahren Mutter, die binnen 3 Stunden einer intraperitonealen Blutung erlag, die von der Ulceration eines varicösen in der Dicke des linken breiten Mutterbandes gelegenen Gefässes herrührte [45]).

Die andere betrifft eine 29jährige Wittwe von kräftiger Constitution, sanguinischem Temperament, Mutter von 2 Kindern, die sich bis dahin stets vollkommen wohl befunden hatte. Bei Gelegenheit eines Balls, den sie bei sich gab, ermüdete sie sich sehr, indem sie sich mit den Vorbereitungen zu dem Feste beschäftigte. Nichtsdestoweniger hatte sie schon angefangen zu tanzen, als sie eine plötzliche Ohnmacht bekam. Man trug sie aus dem Saal, legte sie auf ihr Bett, und in kaum einer halben Stunde war sie verschieden.

Bei der Oeffnung des Abdomens fand man eine ausgedehnte und dicke Schicht coagulirten Blutes, welche alle Eingeweide dieser Höhle bedeckte. Unter derselben waren alle Abdominalorgane im gesunden Zustande. Da das Blut zugleich die Aushöhlung des kleinen Beckens erfüllte, so entfernte man dasselbe vorsichtig und entdeckte, dass der venöse plexus pampiniformis der rechten Seite varicös war und einen Einriss zeigte [46]).

Indem sich Ollivier von der nächsten Ursache dieser Varicen Rechenschaft zu geben sucht, nimmt er an, dass der Zustand der Schwangerschaft die varicöse Entwickelung der Venen begünstige.

Es schien mir wegen der unmittelbaren Beziehung dieser Thatsachen zu der Theorie Richet's interessant, dieselben wörtlich zu citiren; allein ich halte es für unmöglich, jene Theorie auf die Haematocele retrouterina anzuwenden; sie ist, wie ich später zu zeigen versuchen werde, nur für gewisse Fälle nicht abgekapselter Blutextravasate, wie in der Beobachtung Ollivier's, zulässig.

---

45) Archives générales de médecine 1828, t. VIII, p. 281.

46) Gottfried Fleischmann, Leichenöffnungen. Erlangen 1815. p. 192.

Fünftes Capitel.

Ursachen.

1. Prädisponirende Ursachen.

Alter. — Unter der Gesammtsumme von 34 Beobachtungen, in denen das Alter erwähnt ist, ist nur eine einzige Frau von weniger als 21 und ebenso nur eine von mehr als 40 Jahren. Zwanzig sind zwischen 25 und 36 Jahr alt; vier zwischen 21 und 25; vier zwischen 35 und 40. Das 30te Jahr ist also im Mittel dasjenige Alter, in dem die Frauen der Haematocele retrouterina am meisten unterworfen scheinen, es ist zugleich das Alter, in dem der Geschlechtstrieb am stärksten ist; man wird die Wichtigkeit dieser Bemerkung bei einer Affection begreifen, die so häufig die Folge von geschlechtlichen Excessen ist.

Temperament. — Zehn Kranke waren von venösem, vier von sanguinischem Temperament; eine war hysterisch.

Beschaffenheit des Bluts. — Die Beschaffenheit des Bluts scheint mir Berücksichtigung zu verdienen; einige Beobachtungen zeigen ihren Einfluss:

Scanzoni führt den Fall eines 22jährigen an Morbillen leidenden Mädchens an, das unmittelbar nach dem Eintritt der Regel mit allen Zeichen einer intensiven Peritonitis starb, und bei dem die Section ein Beckenextravasat nachwies, dessen Ursache eine Hämorrhagie der linken Tube war [1]).

2. Eine an anomalen Varioloiden leidende Kranke (Hôpital de la Charité, Abtheilung Bouillaud's, Saal St. Made-

---

[1]) Scanzoni loc. cit.

leine Nro. 8) bekam ihre Regel am dritten Tage der Eruption, und es entstand in Folge derselben eine äusserst heftige Menorrhagie.

Die Veränderung des Bluts, die bei exanthematischen Fiebern eintritt, scheint mir zu Beckenhämorrhagien zu prädisponiren.

Aber wie die Abnahme des Fibrins, kann auch die Zunahme desselben bei der Plethora diese Blutungen begünstigen.

Bei den meisten mit Hämatocele behafteten Kranken habe ich die habituelle Reichlichkeit und lange Dauer des Katamenialflusses, die dunkele Färbung des Bluts und die Häufigkeit von Blutgerinnseln notirt.

„Das übermässige und zu lange Fliessen der Katamenien kommt von der Plethora“ [2]), hat schon Astruc gesagt.

Ich habe mehrere Monate nach der vollständigen Heilung die Kranken der Beobachtung 4, 5, 16 und 32 wieder gesehen, sie zeigten sämmtlich die Charaktere der Plethora, und man darf daraus wohl schliessen, dass es sich mit ihnen vor ihrer Krankheit ebenso verhalten habe.

Menstruation. — Unter 25 Beobachtungen, bei denen der Zeitpunkt der ersten Menstruation angegeben ist, trat dieselbe im Mittel zwischen dem 14ten und 16ten Jahre ein.

Bei	7	trat sie ein	mit	14 Jahren
—	5	—		16 —
—	3	—		25 —
—	2	—		17 —
—	2	—		15 —
—	2	—		13 —
—	2	—		10 —
—	1	—		12 —
—	1	—		21 —

Unter dreizehn Beobachtungen, bei denen die Aufeinanderfolge der Menstrualperioden bekannt ist, war diese Function bei neun Kranken regelmässig und bei vier unregelmässig.

Unter siebzehn Beobachtungen, bei denen die Beschaffenheit und Menge des Bluts, die Dauer des Ausflusses und das

---

2) Astruc, Frauenkrankheiten. II. Buch.

Vorhandensein oder das Fehlen von Schmerzen angemerkt ist, war die Quantität des Bluts neunmal bedeutend, viermal normal; bei einer Frau war die Periode mit Abgang von Blutcoagulis verbunden. Zehnmal war der Katamenialfluss von Schmerzen begleitet.

Bei	1	dauerte der Ausfluss	30	Tage
—	3	war die gewöhnliche Dauer	8	—
—	1	—	7	—
—	1	—	6	—
—	1	—	5	—
—	2	—	4	—
—	1	—	3	—
—	2	—	2	—

Demnach waren von zwölf Frauen acht zum wenigsten fünf Tage menstruirt, und bei drei von ihnen dauerte der Katamenialfluss acht Tage.

Verstopfung. — Richet schreibt der Verstopfung einen gewissen Einfluss zu, indem sie die Bildung von Varicen des ligamentum latum befördern, und er erklärt diese letzteren durch den Druck der mit Fäcalmassen gefüllten Flexura iliaca auf die Venen des linken Ovariums.

Unter den von mir beobachteten Kranken litten die, welche den Gegenstand der 3ten, 4ten und 5ten Beobachtung bilden, seit langer Zeit an Stuhlverstopfung; die der 5ten Beobachtung war mit Hämorrhoiden behaftet, und während bei dieser letzten die retrouterine Geschwulst mehr nach rechts gelagert war, war dieselbe in den beiden anderen Fällen mehr nach links vorspringend.

2. Gelegenheitsursachen.

1. Haematocele retrouterina. — In 10 von mir beobachteten Fällen vermochte ich genaue Angaben über die Aetiologie der Affection zu erhalten.

Bei diesen zehn Kranken (Beob. 2, 4, 11, 32, 33, 34, 14, 5, 16 u. 8), waren die ersten Erscheinungen mit der Katamenialperiode zusammengetroffen. Bei den ersten sieben hatte während der Regel oder höchstens einen Tag nach Beendi-

gung derselben ein Beischlaf stattgefunden, und der erste Schmerz war während des Actes selbst entstanden. Von den andern war die eine während einer ganzen Nacht auf einem Ball geblieben (Beob. 8); eine andere hatte einen Fussboden gescheuert (Beob. 5); eine dritte endlich hatte bei kaltem Wetter Linnenzeug gewaschen (Beob. 16). Bei zwei anderen Beobachtungen sind Gemüthsbewegungen und sehr heftiger Verdruss, ferner bei drei anderen Anstrengungen und grosse Ermüdung angemerkt.

2. Nicht abgekapselte Blutextravasate. — Bei zwei Frauen, deren Section Tardieu gemacht hat, bestand die Ursache offenbar in Excessen im Coitus, und eine andere starb nachdem sie von ihrem Ehemann einen Fusstritt auf die Hüfte bekommen hatte.

Im Kurzen lassen sich als prädisponirende Ursachen der Haematocele retrouterina und der freien Beckenextravasate anführen: das durchschnittliche Alter von 30 Jahren, eine Katamenialperiode, die Zunahme oder Abnahme des Fibrins im Blut; die habituelle Reichlichkeit der Menstruation; als Gelegenheitsursachen: übermässiger Beischlaf und äussere Gewaltthätigkeiten auf das Becken während oder bald nach der Katamenialperiode.

Sechstes Capitel.

Pathogenie.

1. Haematocele retrouterina.

Die Haematocele retrouterina entsteht nach meiner Ansicht durch drei Arten von Ursachen: durch eine während der Regel erfolgende Congestion und Blutung der Eierstocksfollikel; durch den Rückfluss des Bluts aus dem Uterus in die Tuben und das Peritoneum; durch eine Hämorrhagie der Tuben.

Die nicht abgekapselten Blutextravasate können gleichfalls Ovarienblutungen, Rückfluss des Bluts aus dem Uterus und tubäre Hämorrhagien zur Ursache haben; aber sie können auch, was bei den Hämatocelen ausgeschlossen ist, in Folge der Berstung von subovariellen Varicen entstehen.

Die Haematocele retrouterina wäre also nur das Resultat solcher Blutungen, die von der Schleimhaut des Uterus und der Tuben und der Membrana propria des Graaf'schen Follikels erfolgen; sie setzt stets eine gleichzeitig vorhandene Menstruation und den erhöhten Blutandrang, welcher dieselbe begleitet, voraus.

Die nicht abgekapselten Extravasate können gleichfalls durch Hämorrhagien aus einem dieser Theile entstehen; aber dann müssen dieselben vehement sein und der Tod erfolgen, ehe es zur Einkapselung kommen kann. Dies ist immer der Fall, wenn die Blutung aus einem geborstenen Varix erfolgt.

1. Anatomisch-physiologische Bemerkungen.

Die erste Frage, welche sich uns aufdrängt, ist die, ob das Ovarium anatomische Bedingungen darbietet, die der Entstehung einer Hämorrhagie günstig sind; ob die Loslösung des Eis von einem Bluterguss begleitet ist, oder ob im Gegentheil, wie Trousseau meint, die Innenfläche des Follikels im Augenblick, wo das Ei austritt, keine Spur von Blut liefert und „ob diese spontane physiologische Loslösung sich verhält wie die welche wir künstlich bewirken, wenn wir an irgend einem Punkt des Körpers eine Krebsgeschwulst ausreissen. Bei diesen Operationen sehen wir nie Hämorrhagien eintreten; sie kommen ebensowenig bei Verwundungen durch Kugeln vor; die Zertrümmerung, die Zerreissung des Ovariums durch das Ovulum kann keine Ausnahme von dieser Regel machen [1]).“

Verschiedene Beobachtungen scheinen mir zu zeigen, dass in einem gesunden Ovarium der Austritt des Eis meistens von einem allerdings nicht bedeutenden aber doch constanten Bluterguss begleitet ist.

Die Schriftsteller, welche Ovarien während der Menstruation untersucht haben, haben sämmtlich die Spuren eines Blutergusses bemerkt.

1. „Wenn der Eierstockfollikel einen Durchmesser von 10 bis 15^{mm} erreicht hat, so tritt eine lebhafte Entzündung seiner Oberfläche und bald eine reichliche Entwickelung von Capillargefässen ein. Dann beginnt in deutlicher Weise die Verdickung der Kapsel und zugleich ein Erguss von Blut, der sich im Innern bildet und nach und nach zunimmt. Das Blut häuft sich anfangs in der tiefsten Partie des Follikels an, nimmt aber allmälig die Hälfte und Dreiviertel der Kapsel ein, während der übrige Theil von einer farblosen, durchsichtigen Flüssigkeit angefüllt ist. Endlich tritt der Augenblick ein, wo, nachdem dieselbe völlig geschwunden ist, die Kapsel ganz allein durch den Bluterguss ausgedehnt wird, der durch die Exhalation zahlreicher arterieller Capillargefässe der Mem-

[1]) Trousseaus Vorlesungen; Gazette des hôpitaux. 22. Juni 1858.

brana propria geliefert wird. Er ist von schöner rother Farbe und reich an Blutkügelchen. Wenn der Follikel schon durch eine ziemlich grosse Menge Blut ausgedehnt ist, so coagulirt dasselbe und bildet ein ziemlich derbes schwarzrothes Gerinnsel. Ueberdiess ergiesst sich dasselbe auch zwischen die tunica propria des Eis und die membrana granulosa, trennt diese von einander und löst so das Ei von der Kapsel ab, wie die Placenta von dem Uterus. Wenn die Gefässzerreissung geschehen ist, so entsteht eine Blutung aus den zerrissenen Capillargefässen [2]). Ch. Robin glaubt, dass die Hämorrhagie bedeutend sei, wenn sich eine grössere Vene an der Stelle des Risses finde."

„Uebermässiger Coitus kann eine Congestion des Ovariums hervorrufen; wenn aber diese Erscheinung ausser der Menstruation eintreten kann, wie viel grösser muss dieser Einfluss während einer Katamenialperiode sein [3])."

2. Die Gefässentwickelung des Eierstockfollikels schien Rolando so bedeutend, dass er folgende Idee aufgestellt hat [4]):

„Die Capillargefässe des Ovariums sind so zahlreich, dass sie die Rudimente des Gefässsystems des Foetus sind."

3. Ein Präparat und eine Zeichnung, die Raciborski dem Museum der Facultät übergeben hat, zeigen den Umfang, den ein Follikel zu der Zeit erreichen kann, wo er zur Reife gelangt ist:

a. Es handelt sich um ein junges Mädchen, das nach einigen Tagen kurz vor der zu erwartenden Periode gestorben war. Die Muttertrompete, das breite Mutterband und der Eierstock der linken Seite haben auf der Zeichnung, die während der Section gemacht wurde, eine schiefergraue Farbe; unter dem Ovarium ist die Färbung sehr intensiv. Auf dem oberen Rand desselben befindet sich eine, denselben um 0,09^{m} überragende, mit einem dunkelrothen Gefässnetz bedeckte Geschwulst von der Grösse eines Taubeneis. Neben der Zeichnung, welche die so beschriebenen Theile darstellt,

---

2) Pouchet, Théorie positive de l'ovulation spontanée et de la fécondation. Paris 1847, p. 137 ff.

3) Idem, ibidem.

4) Rolando, London medical Repository, 1825.

ist das anatomische Präparat in Spiritus aufbewahrt. Das Ovarium enthält eine Geschwulst, die geöffnet ist, sie macht einen beträchtlichen etwa 0,02m betragenden Vorsprung über die obere Fläche des Organs; ihre Höhle enthält ein Stückchen Watte von der Grösse einer grossen Nuss, wodurch der ursprüngliche Umfang des Follikels erhalten ist; die Wand, welche den oberen Rand des Ovariums überragt, ist sehr dünn.

b. Bei einem 26jährigen, einen Monat nach der letzten Menstruation an Dyssenterie gestorbenen Mädchen fand Raciborski in einem Follikel ein schwärzliches, weiches Coagulum von der Grösse einer Kirsche.

c. Bei einem 19jährigen, 27 Tage nach der letzten Menstruation gestorbenen Mädchen, zeigte das linke Ovarium eine Protuberanz mit einem dunkelrothen Fleck an der hervorragendsten Stelle. Es war eine Höhle von der Grösse einer grossen Kirsche, welche eine stark röthlich gefärbte Flüssigkeit einschloss.

d. Bei einer Frau, die einer Peritonitis des Beckens erlegen war, hing eine Fibrinflocke zwischen den Rändern einer Continuitätstrennung eines Graaf'schen Follikels.

e. In 40 Fällen enthielten die Höhlen der geborstenen Graaf'schen Follikel ein Coagulum von der Grösse einer mässigen Kirsche.

f. Bei den an chronischen Krankheiten gestorbenen Kranken enthalten die Follikel niemals Blutgerinnsel [5]).

4. Bischoff hat Sectionen von Frauen gemacht, die sich während der Menstruation selbst getödtet hatten.

In einem schon geöffneten Follikel des rechten Ovariums fand sich ein bedeutendes Blutcoagulum.

Bei einer zwei Tage nach dem Eintritt der Regel gestorbenen Frau zeigte ein Follikel des rechten Ovariums einen Durchmesser von 0,10 und war von einem Blutcoagulum angefüllt.

5. „Bei jeder Katamenialperiode wird ein Follikel hypertrophisch und bildet einen Vorsprung auf der Oberfläche des Ovariums, wo er eine Geschwulst von der Grösse einer kleinen Nuss darstellt, die der übrigen Ovarienmasse auf-

---

[5]) Raciborski, journal l'Expérience, 1843.

sitzt [6]).“ Cazeaux hat seiner Beschreibung eine Zeichnung beigegeben, welche mir dieselbe zu sein scheint, die Raciborski veröffentlicht hat.

6. Meistens ist die Berstung der Graaf'schen Follikel während der Katamenialperiode von einem Bluterguss begleitet, der die Ursache des gelben Körpers ist [7]).

7. Der Stamm der art. ovario-uterina giebt längs des unteren Randes des Ovariums eine Reihe von zehn bis zwölf Aesten ab, die sämmtlich einer nach dem andern von dem oberen Rand der Arterie kommen, und fast unmittelbar bei ihrem Ursprung sich, genau wie die arteriellen Knäuel der Wurzel der corpora cavernosa, einrollen und zusammenknäueln und endlich in das Parenchym des Organs eindringen, wo sie noch Spiralen bilden.

Auf den subovariellen venösen Plexus liegt ein venöses Gefässnetz, dessen Elemente einen Durchmesser von 0,5 bis 1^{mm} haben. Unmittelbar an dem unteren Rand des Ovarium gelagert bildet es hier ein wirkliches corpus spongiosum von der Art der erectilen Gefässgewebe, dessen Länge die des Eierstocks übertrifft und dessen Dicke nicht ganz einen Centimeter beträgt. Dieser spongiöse Körper erigirt sich während der Anlagerung der Tube an das Ovarium; seine Ausdehnung wird eben durch eine theilweise Compression bewirkt, welche jene Contraction der Muttertrompete herbeiführt; die Anhäufung von Blut, die dadurch in dem Ovarium entsteht, ist ohne Zweifel nicht ohne Einfluss auf die Entwickelung des Follikels und die Reifung des Eichens [8]).“

Angenommen nun, dass die Compression des Ovariums während der Anlagerung der Tube an dasselbe die Gränzen des Widerstandes der inneren Follikelwand überschreitet, so wird eine Blutung entstehen; die Gefässe eines Follikels oder eines frischen gelben Körpers werden unter dem Einfluss der erectilen Spannung zerreissen und dem in dem spongiösen

---

6) Cazeaux, Traité d'accouchement, p. 25.

7) Ch. Robin, Hémorrhagie des vesicules ovariennes. — Gazette médicale, Paris 1857.

8) Ch. Rouget, Journal de Physiologie de Brown-Séquard 1858, p. 335 et 336.

Körper comprimirten Blut einen Ausweg bieten, durch den es in mehr oder minder beträchtlicher Menge entweichen wird.

Diese physiologisch-anatomischen Bemerkungen scheinen mir genügend zu beweisen, dass die Eierstockfollikel fähig sind, im gesunden Zustande eine gewisse Menge Blut im Augenblick des Eiaustritts zu ergiessen.

2. Pathologisch-anatomische Bemerkungen.

Wenn dagegen das Ovarium in einem seiner constituirenden Theile verändert ist, und das ist eine unerlässliche Bedingung für das Zustandekommen der Hämatocele, wenn diese Veränderung in einer Vergrösserung eines oder mehrerer Follikel besteht, so werden die Gefässe, welche die Zufuhr zu denselben bilden, in demselben Maasse hypertrophiren und eine activere Circulation und eine Disposition zu Blutungen bewirken. Es ist leicht diess zu beweisen, man braucht nur als Beispiele anzuführen:

1. Reife Graaf'sche Follikel, die eben nur die normale Grösse überschritten haben;
2. Follikuläre Ovariencysten von grösserem Umfang.

A. Die mässig vergrösserten Graaf'schen Follikel. — Hieher gehören die von Boivin und Dugès, von Duplay und Tessier, von Rokitanski beobachteten und ganz besonders von Ch. Robin studirten Hämorrhagien der Eierstockfollikel, sowie die von Bernutz, Denonvilliers und Prost veröffentlichten Fälle.

Ein 17jähriges Mädchen wurde während des Menstrualflusses vom Typhus ergriffen, dem sie am 5ten Tage erlag. Das Hymen war intact. Auf der Oberfläche des rechten Ovariums fand sich eine bräunliche Geschwulst von 8 Linien Durchmesser. Die umgebenden Gefässe des Eierstocks waren sehr erweitert. Unter dieser Stelle fand sich im Innern eine Cyste, die eine schwarze, feste Substanz enthielt, die ein altes venöses Blutcoagulum zu sein schien. Zwei andere kleine Massen von derselben Beschaffenheit fanden sich noch in dem Parenchym des Organs [9]).

---

[9]) Boivin et Dugès Maladies de l'utérus. Paris 1833, t. II. p. 563.

Bei einem 18jährigen Mädchen, das an einer acuten Gastro-enteritis gestorben war, und einige Tage vorher Widerwärtigkeiten in Bezug auf ihre Heirath gehabt hatte, fanden Boivin und Dugès die Ovarien um das Doppelte vergrössert, an der Oberfläche höckerig und durch die Gestalt und Farbe ihrer Granulationen an zwei Trauben schwarzer Johannisbeeren erinnernd; jede Schnittfläche war schwarz und zeigte grauliche Ringe, welche durch die Follikel gebildet wurden, die nach verschiedenen Richtungen durchschnitten waren. [10])

Bei einer Frau, die sterbend in die Maison de Santé gebracht wurde, enthielt der rechte Eierstock schwärzliche Follikel und ein Schleimgewebe von derselben Farbe; ausserdem noch einen schwarzen, eiförmigen Körper von derber Textur und von der Grösse einer kleinen Nuss. [11])

Duplay [12]) hat bei einer 43jährigen Phthisikerin, die nie menstruirt gewesen war, multiple folliculäre Hämorrhagien beobachtet, die sich durch Blutcoagula charakterisirten, welche inmitten einer kleinen Menge flüssigen Bluts schwammen. Er glaubt, dass diese kleinen Blutergüsse für die Menstruation vicariirend gewesen und unter dem Einfluss des gesteigerten Blutandrangs entstanden sein, der alle Monat nach den Geschlechtsorganen des Weibes stattfindet.

Tessier [13]) berichtet einen Fall von Hämorrhagie in die Substanz des Ovariums, welches eine nicht sehr umfangreiche Cyste enthielt, und äussert dabei den Gedanken, ob nicht Hämorrhagien der Ausgangspunkt von Cystengeschwülsten dieses Organs sein könnten.

Rokitanski sah bei einer 26jährigen Frau beide Ovarien in Cysten von Kirschengrösse verwandelt, welche Fibrincoagula, Blutkörperchen und Anhäufungen von Pigment enthielten. [14]).

„Die veränderten Follikel sind durch ein Blutcoagulum

---

10) Idem, ibid. Atlas Tafel 38, Fig. 8.
11) Idem, ibid. Atlas Tafel 33, Fig. 1.
12) Archives générales de médecine, 1834. 2e Serie t. IV. p. 42.
13) Archives de la société anatomique, August 1834.
14) Rokitanski, Wiener Wochenschr. Bd. I. 1855.

ausgedehnt, ihr Umfang kann den einer kleinen Nuss überschreiten; ihre innere Haut ist röthlich. Niemals bildet sich in diesen Follikeln ein gelber Körper. [15])

Was die mit retrouterinen Hämatocelen behafteten Kranken betrifft, welche den Gegenstand der Beobachtungen von Denonvilliers [16]), Bernutz [17]) und Prost [18]) bilden, so fand man bei der Section blassrothe hypertrophische mit geronnenem Blut gefüllte Eierstockfollikel. Ihre Grösse war nicht sehr verschieden von der eines gewöhnlichen reifen Follikels.

Follikuläre Cysten. — Die zweite Reihe Thatsachen begreift Fälle von Hämorrhagie in das Innere gewisser Ovariencysten, die, wie es Rokitanski [19]) so gut beschrieben hat, nichts anderes sind, als Graafsche Follikel, die eine Cystenumwandelung erlitten haben.

Die Beobachtungen, welche mir am meisten beweisend scheinen, sind die von Dupuy und Patruban, und eine dritte, die ich im Hôpital des Cliniques in Nélatons Abtheilung gesammelt habe.

1. Einfächerige Blutcyste des Ovarium. — Punktion. — Complication mit Gehirnhämorrhagie. — Tod.

Eine 60jährige Frau wurde am 22. Febr. verflossenen Jahres in die Abtheilung Rayer's Saal Saint Basile aufgenommen. Dieselbe, welche bis dahin nie krank gewesen war, hatte eine Abdominalgeschwulst, deren Entstehung sich auf 3 Jahre zurückverfolgen liess, die aber bei ihrer Entwickelung keine andern functionellen Störungen, als ein Gefühl von Unbequemlichkeit der Schwere hervorgerufen hatte, welches mit der Zeit zunahm. Seit einigen Wochen waren Taubheit, Ameisenkriechen und etwas Schwäche in der rechten unteren Extremität eingetreten, diess aber auch die einzigen

---

15) Gazette médicale, Paris 1857. — Ch. Robin, Hémorrhagies des vésicules ovariennes.

16) 14. Beob. dieser Monographie.

17) Beob. 27.

18) Beob. 24 u. 25.

19) Schmidt's Jahrb. April 1855.

Störungen der Gesundheit, die sie bis dahin empfunden hatte. Die Geschwulst war indess in den letzten acht bis zehn Monaten sehr gewachsen. Sie springt stark nach vorn vor und die Fluctuation und das Gefühl des Anschlagens der Flüssigkeit bei der Percussion sind in derselben eben so deutlich wie bei einem gewöhnlichen Ascites. Bei der Palpation zeigt die Geschwulst an keinem Punkt mehr Widerstand oder Härte als an dem anderen.

Es handelte sich hier augenscheinlich um eine Ovariencyste, und die Gesammtheit der verschiedenen physikalischen Zeichen drängten zu der Annahme entweder einer einfachen uniloculären Cyste oder einer Haupthöhle, die allein der Untersuchung zugänglich, deshalb auch allein die Elemente für die Diagnose lieferte.

In beiden Fällen und in Betracht der augenscheinlich so günstigen Bedingungen des Allgemeinbefindens war das zu befolgende Verfahren völlig vorgezeichnet, die Punction und die nachherige Injection von Jodtinctur erschien als das einzige Heilmittel. Giraldès machte dieselbe am 26. Februar. Es wurden dadurch ohngefähr 6 Litres einer bräunlichen Flüssigkeit entleert, die Eiter- und Blut-Körperchen, Cholestearincrystalle und viel Albumin enthielt. Diese Beschaffenheit der Flüssigkeit schien Giraldès eine Contraindication gegen die beabsichtigte Injection.

Es trat nach der Punction keine unmittelbare Besserung ein.

Am 28. ziemlich heftige Schmerzen in der Umgebung der Punktionsöffnung.

Am 26. März erfolgte der Tod nach einem dreitägigen fast vollständigen Coma. Bei der Section fand man eine einfächerige Cyste, die vom linken Ovarium ausging und eine chocolatefarbige Flüssigkeit und ausserdem eine Masse von Fibringerinnseln enthielt, die fast der Grösse eines ausgetragenen Kindskopfes gleichkam. Die Flüssigkeit enthielt noch Albumin, Blut- und Eiter-Körperchen, aber viel weniger Cholestearin.

Die Cystenwand, die von ungleicher Dicke und nach hinten von mehreren voluminösen Venen durchzogen ist, ist aus einer Reihe von Schichten gebildet; die äusserste von

seröser Natur zeigt Verwachsungen mit mehreren benachbarten Organen; die innere, die innig mit den Fibringerinnseln zusammenhängt, scheint in diese überzugehen und das Resultat ihrer Umwandelung zu sein. Der Uebergang von dem einen Zustand in den anderen ist an einzelnen Punkten deutlich mit blossem Auge warnehmbar. Diese innere Membran hat weder das Aussehen einer Serosa noch einer Schleimhaut.

Zwischen dieser innern aus den in Umwandelung begriffenen Fibringerinnungen gebildeten Membran und der äusseren serösen Schicht findet sich ein weissliches albugineaartiges Gewebe, das sich wieder leicht in zwei Schichten trennen lässt, von denen die äussere entschieden fibrös und sehr wenig gefässreich ist, die zweite, von derselben Beschaffenheit aber viel geringerer Dichtigkeit, auf der Schnittfläche zahlreiche Oeffnungen zeigt, die offenbar von dem Durchschnitt venöser Sinus herrühren. Das ist wenigstens die Ansicht Giraldès', der das anatomische Präparat sorgfältig untersucht hat.

Die voluminösen Coagula geronnenen Fibrins, deren Gegenwart im Innern der Cyste die Section nachgewiesen hat, hatten offenbar jene Geschwulst gebildet, die man während des Lebens in der linken Seite entdeckt hatte.

Bei der Eröffnung des Schädels fand man die Arterien der Basis durch Kalkablagerungen verändert. In den Corpora striata und Thalami optici beider Seiten waren mehrere kleine hämorrhagische Heerde von mehr oder minder frischem Datum vorhanden. Der umfangreichste, welcher von der Grösse einer kleinen Nuss war, sass im rechten Corpus striatum. [20])

2. Tödtliche Blutung im Innern einer Ovariencyste.

Frau L . . . , 33 Jahr alt, Mutter von 3 Kindern. Seit acht Jahren hysterische Anfälle zur Zeit der Menstruation; seit 3 Jahren Geschwulst im Hypogastrium. Am 13. Juni Fehltritt, dem unmittelbar ein durchbohrender Schmerz im

[20]) Der Société de biologie mitgetheilt von Dupuy. — Auszug aus der Gazette des hôpitaux, 27. Juni 1857.

Becken folgt. Am 14. Juni plötzlicher hysterischer Paroxysmus; wehenartige Schmerzen; häufiger Harndrang.

Verlust des Bewusstseins, Convulsionen, kalte Extremitäten, kleiner aussetzender Puls. Sehr lebhafte Schmerzen beim Druck im Abdomen; Leib von einer fluctuirenden Geschwulst ausgedehnt, welche die regio meso- und hypogastrica einnimmt. Der Leib hat den Umfang einer im vierten Monat schwangeren Frau. Trismus, Ohnmachten, Convulsionen. — Tod 6 Stunden nach dem Beginn der Schmerzen.

Section. — Leiche äusserst anämisch.

Im Abdomen eine Geschwulst, die ihrer Form und Grösse nach einem Uterus im 7. Monat der Schwangerschaft gleicht, eiförmig, von braunröthlicher Farbe und mit Flüssigkeit gefüllt ist. Der Stiel der Geschwulst wird durch das linke ligamentum ovarii gebildet; von hier gehen enorm erweiterte Gefässe des plexus pampiniformis aus und begeben sich in die linke vena spermatica, deren Umfang um mehr als das Vierfache zugenommen hat. Der Stiel scheint durch eine Drehung, welche die Masse um ihre Axe erlitten hat, geknickt zu sein.

Die Geschwulst besteht aus einer uniloculären Cyste, deren sämmtliche Fächer von einem bräunlichen, flüssigen Blut angefüllt sind. Die Menge desselben kann etwa auf 5 Pfund geschätzt werden.

Der Verfasser schreibt die Blutung der Torsion des Stiels zu, welche die Zusammenschnürung der Venen und die Apoplexie bedingt habe. [21])

3. Mehrfächerige Cyste des rechten Ovariums. — Multiple Hämorrhagien verschiedenen Grades in mehrere Fächer.

In № 4 des Frauensaals im Hôpital des Cliniques liegt die Nätherin Cordet, 33 Jahr alt, aufgenommen am 28. Januar 1859. [22])

---

21) Patruban, Oesterreichische Zeitschr. f. praktische Heilkunde. Wien 1855.

22) Ich sage hiermit Herrn Péan, Assistenten der Abtheilung, mei-

Sie hat seit 3 Monaten bemerkt, dass ihr Leib grösser werde.

Status praesens. Das Abdomen ist so gross, wie das einer Frau am Ende der Schwangerschaft. Die Consistenz der Geschwulst ist gleichmässig, sie fluctuirt an allen Punkten und zeigt alle Charaktere einer Ovariencyste. Das von Rostan angegebene Zeichen ist hier sehr evident. Der Tumor ist schon am 15. December 1858 punktirt worden.

Am 21. Januar 1859 macht Nélaton eine neue Punktion. Die Menge der gesammelten Flüssigkeit beträgt 8 Litres; sie ist albuminös, etwas viscide. Vor der Vornahme der Jodinjection wird die Cyste sorgfältig ausgespült, bis dass die ausfliessende Flüssigkeit ihre Viscidät verloren hat. Darauf injicirt Nélaton drei kleine Spritzen voll der Jodmischung.

Während des Tages kein Fieber; keine Erscheinungen von Jodismus. — Allgemeinbefinden befriedigend. —

24. Januar. — Die Kranke klagt etwas über Erkältung. Die Flüssigkeit der Cyste scheint sich in bedeutender Menge, die man nach der Grösse des Sackes etwa auf 6 Litres schätzen kann, wiedergebildet zu haben.

27. Januar. — Frequenter, sehr kleiner Puls; an der unteren Partie des Abdomen ziemlich lebhafter Schmerz, der jedoch etwas geringer ist, als er bei Peritonitis zu sein pflegt. Es scheint sich Flüssigkeit in die Peritonealhöhle ergossen zu haben. — Kataplasmen, 40 Blutegel auf den Leib.

28. Januar. — Entstelltes Gesicht, sehr beschleunigte Respiration, 70 in der Minute, sehr kleiner, unregelmässiger Puls; Erkaltung der Extremitäten — Tod in der Nacht.

Section. — Allgemeine Peritonitis. Die Troicartwunde ist geschlossen. Das Abdomen wird beinahe völlig von einem Sack ausgefüllt, der bis über den Nabel emporsteigt und sich bis in das kleine Becken verlängert. Die Wandungen desselben sind von fibrösem Aussehen. Die Troicartwunde im Sack ist gehörig vernarbt. Die Flüssigkeit, welche er enthält, ist trübe, opalisirend, viscide, röthlich. Eine 4—5mm. dicke Pseu-

---

nen aufrichtigen Dank, dass er mir gestattet hat, diese Kranke selbst zu beobachten.

domembran kleidet allenthalben das Innere der Cyste aus, die voll und gespannt ist.

Nach hinten vom Uterus und an der Basis des Sacks findet sich eine andere Geschwulst von der Dicke eines sechsmonatlichen Foetuskopfes.

Links findet sich eine 2 Fäuste dicke Geschwulst dem ligamentum latum anhängend; ihr Durchmesser beträgt 9½ Centim.

Der Körper des Uterus ist nach links geneigt. Die Höhe des Uterus beträgt 7 Centim., seine Breite im Fundus zwischen den beiden Tubenmündungen 5 Centim. Der Cervix hat den normalen Umfang, seine Vaginalöffnung ist 2 Centim. weit und mit einer blutigen Flüssigkeit befeuchtet. Rechts vom Uterus findet sich die grösste Geschwulst, wir untersuchen sie vom hinteren Theil aus, der einen Vorsprung von der Grösse eines reifen Fötuskopfes bildet. Zwischen dem Uterus und der Geschwulst befindet sich ein 6 Centim. langes Stück des breiten Mutterbandes. Das ligamentum latum ist augenscheinlich durch die Geschwulst und die schon beschriebene grosse Cyste ausgedehnt und umhüllt sie allseitig.

Der Sack von der Grösse eines ausgetragenen Fötuskopfes ruht auf der rechten fossa iliaca. Seiner hinteren Fläche liegt die rechte Tuba an, die mit ihm durch eine Falte des ligamentum latum verwachsen ist, und eine Länge von 20 Centim. hat. Ihre Abdominalöffnung allein ist frei und entspricht der mittleren Partie der Geschwulst, die augenscheinlich im ligamentum latum enthalten ist und von dem Peritoneum bedeckt wird, dessen Falten man an ihrer inneren Gränze auf sie übergehen sieht. Sie ist von der grossen Cyste nach vorn, rechts und etwas nach unten umgeben. Nur ihre hintere Fläche liegt frei. Sie hat einen Durchmesser von 12 Centim. und eine regelmässig abgerundete Form. An ihrem oberen und äusseren Theil steht sie im directen Zusammenhang mit der grossen Cyste und ihre Wände gehen in einander über. Bei der Palpation fühlt man in derselben harte Massen in ziemlich grosser Anzahl.

Durchschnitt der Geschwulst. — Dieselbe ist aus mehreren Taschen verschiedener Grösse zusammengesetzt.

Eine derselben zieht namentlich die Aufmerksamkeit auf sich; sie liegt an dem hintersten, äussersten und untersten Theil der Geschwulst und hat etwa den Umfang eines Apfels. Ihre Wand ist 1/4 Millim. dick, resistent und zeigt dieselbe Beschaffenheit, wie die der grossen Cyste. Ihre Höhle ist von einer röthlichen Masse von fibrinösem Aussehen angefüllt, welch letzteres sie einer Art von Schichtenbildungen verdankt, die nach hinten und unten zahlreich sind. Diese Schichten sind faserig und an verschiedenen Punkten von verschiedener Farbe; von einem röthlichen Schwarz an der innern Partie verändert dieselbe sich so, dass sie am äusseren Ende der Tasche graulich weiss ist. Die Masse verliert an diesem letzten Punkt selbst ihren schichtenförmigen Charakter, um ein mehr granulöses Aussehen anzunehmen.

Die Tasche scheint allenthalben durch eine farblose zarte Haut verschlossen, die unter dem Mikroskop Robin alle Charaktere des entfärbten Fibrins zeigt. Derselbe weist nach, dass der Inhalt der Tasche aus organisirtem zum Theil rothgefärbten Fibrin und fast reinem Blut besteht und dass die Wände derselben von einem dichten Zellgewebe gebildet werden.

Es ist leicht die Innenfläche der Geschwulst mit dem Rücken des Scalpells abzuschaben und so die ganze fibrinöse Masse abzuheben. Die auf diese Weise frei gelegte innere Wand bietet ein unregelmässiges Aussehen dar, das von der Gegenwart von Lamellen entfärbten Fibrins herrührt, unter ihnen sieht man zahlreiche submembranöse Gefässe.

Eine andere eingeschnittene Tasche enthält eine fadenziehende, farblose Flüssigkeit, eine dritte eine blutige, etwas graulich aussehende Flüssigkeit. Eine vierte eine röthliche Flüssigkeit von schleimiger, fadenziehender Consistenz; ihre Wand ist dünn, lässt die Flüssigkeit durchscheinen und enthält zahlreiche Gefässverzweigungen. Die von mir gesammelte Flüssigkeit wurde von Robin untersucht; sie bestand aus Schleim, Blutkörperchen und ausserordentlich grossen Pflasterepitheliumzellen. Auf dem Durchschnitt und über der letzten Tasche, die ich eben beschrieben habe, liegt eine vorspringende ziemlich beträchtliche Vene, die sich gegen die innere Fläche der abdominalen Masse hin mit anderen Venen

vereinigt, um eine Art von Sinus von 6 bis 8 millim. Durchmesser zu bilden.

In dem übrigen Theil der Geschwulst existirt eine grosse Anzahl anderer kleiner Taschen, deren Umfang die Grösse von kleinen Nüssen nicht überschreitet und deren Inhalt blutig fadenziehend und bisweilen purulent ist.

Die Höhe des Uteruscavums beträgt = 0,08.

Die Distanz zwischen beiden Tubenmündungen = 0,025.

Der Canal der rechten Tuba ist seiner ganzen Länge nach frei und enthält etwas muco-purulente Flüssigkeit von graulicher Farbe. An der Stelle, die der Eierstock im rechten breiten Mutterbande einnehmen sollte, nämlich hinter dem Tumor und vor der Tuba, fühlt man eine Masse, welche die Form und Consistenz desselben hat. Beim Einschneiden erscheint sie aber aus zwei mit einem klaren Serum gefüllten Cysten gebildet, deren eine eine Membran von fibroidem Aussehen besitzt.

Auf der linken Seite unterhalb der freien Tuba liegt eine Geschwulst von der Grösse einer Orange und warzenartigem Aussehen, das von bandartigen Leisten herrührt, die von dem ausgedehnten breiten Mutterband gebildet werden. Die Geschwulst ist elastisch, von weisslicher Farbe, und mit einer schleimigen, farblosen Flüssigkeit gefüllt. Ihre innere Fläche ist arborisirt. Mit ihrer hinteren Wand verklebt findet sich eine derbere Masse, deren Oberfläche Narben, ähnlich denen des Ovariums zeigt. Die Fächer von denen sie ausgehöhlt ist, überschreiten nicht die Grösse einer kleinen Nuss und enthalten eine farblose, etwas fadenziehende Flüssigkeit.

Kurz die Geschwulst auf der rechten Seite ist eine vielfächerige Cyste, die aus zwei Theilen besteht:

1. Einer enormen Masse Flüssigkeit;

2. Einer zur Hälfte soliden, zur Hälfte flüssigen Masse, die durch zahlreiche Cysten gebildet wird, von denen einige organisirte Coagula, andere eine blutige Flüssigkeit von schleimigem Aussehen, andere eine seröse Flüssigkeit, verschiedene auch Eiter enthalten.

Das Ganze ist in das rechte ligamentum latum eingehüllt, welches grosse Gefässe enthält und von hypertrophischen Organen und Geweben umgeben ist.

3. Fälle von Hämorrhagie der Ovarien.

Wenn es so nicht an Beweisen mangelt, um im Ovarium die Gegenwart von Bedingungen nachzuweisen, welche für das Zustandekommen einer Hämorrhagie günstig sind, so können die folgenden pathologisch-anatomischen Thatsachen keinen Zweifel darüber lassen, dass diese Ursache der Hämatocele wirklich stattfindet. Es sind 6 Beobachtungen:

1. Beob. des Doctor Fleuriot; das linke Ovarium war wie zerrissen. [23])

2. Beob. des Doctor Bouvier; das Ovarium war roth, morsch. [24])

3. Beob. des Doctor Puech; das Blut stammte aus einem Follikel des linken Eierstocks. [25]).

4. Beob. des Professor Denonvilliers; ein abnorm entwickelter Follikel war in den Douglas'schen Raum geborsten. [26])

5. Beob. des Doctor Bernutz; die Quelle des Bluts war ein vergrösserter Eierstockfollikel. [27])

6. Beob. des Doctor Prost; zwei Eierstockfollikel waren geborsten und nach dem Douglas'schen Raum zu klaffend. [28])

Zu diesen Fällen liessen sich noch die 6 Beobachtungen von rasch lethalen peritonealen Blutextravasaten hinzufügen, deren Ursache Ovarienblutungen waren. [29])

In allen diesen Fällen ist die Quelle des Bluts wirklich das Ovarium; und in diesem Organ fanden sich Veränderungen, aus denen sich die Hämorrhagie erklären liess. Aber da, wie sich gezeigt hat, ein gesundes Ovarium nicht der Sitz derartiger Hämorrhagien sein kann, und der physiologische Bluterguss, welcher den Austritt des Eis begleitet,

---

23) Bulletin de la Société anatomique, 1855.
24) Ibid.
25) Thèse, Montpellier, 1858. p. 13.
26) Société de Chirurgie, 1851.
27) Archives de médecine. Beob. I. 1848.
28) Vid. Beob. 26.
29) Vid. unten.

nicht solche Massen von Blut, die 200 bis 1000 Grammes betragen können, zu bilden vermag; so setzt die Haematocele retrouterina stets eine vorausgegangene Veränderung eines Ovariums voraus.

4. Nothwendige Bedingungen für die Entstehung einer Ovarienhämorrhagie.

Drei pathologische Zustände können die Blutung der Ovarien hervorrufen:

Venöse Congestion der Ovarien und ihrer Capillaren; eine Beschaffenheit des Bluts, die sich durch Zunahme oder Abnahme des Fibrins charakterisirt, und die Haemophilie.

Venöse Congestion der Ovarien und ihrer Capillaren. Die Ursachen derselben sind theils aktiver, theils passiver Art.

1. Aktive Ursachen. Sie hängen unmittelbar von der Häufigkeit des Beischlafs und geschlechtlicher Erregung ab, deren Einfluss auf die Erectilität der corpora spongiosa des Ovariums schliesslich die Congestion der zahlreichen Capillargefässe desselben hervorrufen muss.

2. Passive Ursachen. Hierher gehört einestheils die Constipation, der namentlich Richet eine gewisse Bedeutung zuschreibt, anderntheils das Tragen von Corsetten, deren Einfluss in der Pathogenie der Hämatocele noch nicht gewürdigt ist. Obgleich diese Ansicht etwas befremdend erscheinen könnte, schien es mir doch nothwendig, gewisse Betrachtungen zu berücksichtigen, die sich hierauf beziehen und durch Versuche die Folgen, die der Gebrauch dieses Kleidungsstücks nach sich ziehen kann, fesszustellen.

Der Einfluss der Corsette auf die Congestion des innern Genitalienapparats ist schon von Jacquemier [30]) als Ursache der Placentarblutungen des Uterus angegeben worden; er schrieb die letzteren dem Tragen von um die Brust oder über den Leib zu fest geschnürten Kleidungsstücken zu.

Ich habe diese Thatsache bei mehreren schon mit Hä-

30) Jacquemier, Archives générales de médecine. 3e Série. t. V. p. 221.

matocele retrouterina behafteten Kranken nachzuweisen gesucht, deren Beobachtungen ich in meiner These gegeben habe und die ich seitdem weiter verfolgt habe.

1. Frau Leclercq. (Beob. 5.) — Sie hat von ihrem 13. bis zu ihrem 22. Jahre beständig ein Corset getragen, das sie stark schnürte, sich aber seitdem desselben nur selten bedient. Bei ihrem Austritt aus dem Hospital Lariboisière im December 1857 ist ihr Befinden ziemlich gut.

Am 29. Juli 1858, 14 Tage nach der Menstruation, legt dieselbe auf meinen Wunsch das Corset an, und trägt dasselbe mit Ausnahme Nachts bis zum 24., wo ich sie wiedersehe. Die Kranke sieht leidend aus; sie hält sich zusammengekrümmt; die rechte Hand in die rechte Seite gestützt (die Seite wo die Hämatocele am umfangreichsten war). Der geringste Druck auf die linke regio iliaca ist sehr empfindlich; an diesem Punkte sind auch die spontanen Schmerzen bisweilen so lebhaft, dass die Kranke laut aufschreit. Kein matter Perussionston an dieser Stelle, keine Geschwulst. Die Schmerzen strahlen nach dem linken Schenkel gegen die äussere Seite desselben und nach der Lumbalgegend aus. Seit zwei Tagen Anschwellung von Hämorrhoidalgeschwülsten mit bedeutender Spannung. Die Kranke hat am After eine lästige Empfindung; kein abnormes Colorit. Ausfluss von etwas Vaginalschleim; Mutterhals in normaler Stellung; Uteruskörper nach hinten geneigt. Druck auf die linke Seitenfläche desselben ist sehr schmerzhaft; keine wahrnehmbare Anschwellung. Die gleichzeitig vorgenommene Palpation des Abdomens und Vaginaluntersuchung ergeben nichts, das auf eine Geschwulst schliessen liesse; aber die so zwischen beiden Händen begriffenen Theile sind ungemein schmerzhaft. Kein Fieber, das Gehen ist sehr beschwerlich.

Ich lasse das Corset fortnehmen, und ordne die Rückenlage mit erhöhten Schenkeln an. Am andern Morgen haben alle Erscheinungen aufgehört.

2. Frau Lavande (Beob. 7.), deren Menstruation stets von einer Art Menorrhagie begleitet war, trägt seit ihrem 15. Jahre ein Corset und hat es auch während des Flusses der Katamenien nie abgelegt. Im Jahr 1856 hat sie eine Hae-

matocele retrouterina überstanden, befindet sich seitdem ziemlich wohl, nur ist der Katamenialfluss stets beträchtlich.

Am 15. Juli 1858 bitte ich sie ihr Corset bis zur nächsten Menstrualperiode nicht zu tragen. Die Regeln erscheinen weniger reichlich, dauern nur zwei, statt sonst vier Tage. Aus diesen beiden Thatsachen scheint mir hervorzugehen, dass der Druck dieses Kleidungsstücks einen wirklichen Einfluss auf die Venen des Beckens und namentlich auf die Ovarienplexus hat, die er, zumal während der Katmenialperiode in Congestion versetzt, indem er eine venöse Stase bewirkt. Und wird nicht die nach hinten zurückgedrängte Leber die vena cava inferior comprimiren und den Rückfluss des venösen Bluts erschweren müssen?

Ich mache noch auf die grössere Häufigkeit der Hämatocelen auf der rechten Seite als einen Umstand aufmerksam, der wohl zu der obigen Erklärung in Beziehung steht.

Das schliessliche Ergebniss dieser Ovariencongestion scheint mir einige Analogie mit dem Vorgang in den Testikeln der Orientalen zu bieten, die den Hodensack nicht unterstützen; es entwickelt sich eine Hypertrophie und Dilatation der kleinen Eierstockvenen, die dann eine Disposition zu Hämorrhagien innerhalb des Beckens bilden.

Zunahme oder Abnahme des Fibrins im Blut; Hämophilie. — Die erste dieser unterstützenden Ursachen ist viel häufiger, als die beiden anderen; fast alle von mir beobachteten Kranken waren vorher plethorisch. Dagegen ist der obige Fall Scanzonis bei einem an Masern erkrankten Mädchen zu vergleichen.

Nach Allem kann das Ovarium wirklich die Quelle der Blutung sein, allein es bedarf dazu einer schon vorhandenen Erkrankung desselben, zu der bisweilen noch eine Veränderung des Bluts hinzukommt.

2. Hämorrhagie der Tuben.

Bietet die Schleimhaut der Fallopischen Tuben Bedingungen, welche eine Hämorrhagie derselben möglich machen? Allerdings, wenn man sich an die Beschreibung erinnert, die Béraud von derselben gegeben hat:

„Das Capillarnetz ist ausserordentlich dicht, Büschel von venösen Gefässen finden sich auf der Oberfläche der Schleimhaut. Man kann sie nach der Injection nicht besser als mit der Darmschleimhaut vergleichen.“ (vid. pag. 25.) Die Aehnlichkeit der Struktur dieser Schleimhaut mit der Darmschleimhaut lässt schon die Möglichkeit einer Hämorrhagie aus derselben voraussehen und sie kann selbst, wie beim Darm langsam oder plötzlich erfolgen. Ebenso können wie im Darm Blutungen eintreten, ohne dass nothwendig eine wahrnehmbare Läsion am Austrittsort des Bluts vorhanden wäre.

Die wichtigste Prädisposition zu den Tubenblutungen bildet der physiologische Blutaustritt in denselben während der Menstruation. Man weiss dass Lee, [31]) Raciborski, [32]) Pouchet [33]) in der That eine katameniale tubäre Transsudation nachgewiesen haben.

Huguier [34]) sah die Tuben durch Blut dilatirt, die Geschwulst hatte die Grösse eines Apfels erreicht.

Becquerel [35]) hat eine Zeichnung veröffentlicht, in der er einen ähnlichen Zustand der Tuba abbildet. Ist nun auch erwiesen, dass in den Tuben ein Austritt von Blut während der Menstruation stattfindet, so fragt sich doch, ob in Folge desselben eine Hämatocele entstehen kann. Zwei Fälle scheinen die Folge einer tubären Hämorrhagie zu sein; der von Follin erzählte [36]) und der der Frau Caldubchère (Beob. 31.), wie den letztern auch Oulmont in der Société médicale des hôpitaux de Paris erklärt hat. [37]) Die anderen Beispiele von Tubenhämorrhagien sind Fälle nicht abgekapselter Blutextravasate.

Scheinen demnach auch zwei Fälle von Haematocele von

---

31) Cyclopedia of medecine. t. III. 1834.

32) Du rôle de la menstruation. 1856. p. 19.

33) Théorie positive de l'ovulation spontanée et de la fécondation. Paris 1847. p. 140 ff.

34) Bulletin de la Société de la Chirurgie. Mai 1856.

35) Maladies de l'Utérus. Atlas. Tab. 17. Paris 1859.

36) Bulletin de la Société de la Chirurgie. 23. Mai 1855.

37) Bulletin de la Société des médecins des hôpitaux de Paris. t. IV, Nr. 2.

einer Tubenblutung abzuhängen, so ist dies doch noch weit von der Ansicht Trousseau's entfernt, der dieselbe als die einzige Ursache der Hämatocelen betrachtet, und von der Puech's, der sie wenigstens für eine häufige hält und mit Unrecht als Beispiele von Hämatocelen die Fälle von Russel [38]) und Roger [39]) anführt.

Was die Dilatationen der Muttertrompeten betrifft, die Trousseau als ein charakteristisches Zeichen der Tubenblutungen und als einen Beweis der Ausdehnung der Eileiter durch das von ihnen exhalirte Blut ansieht; so würde ich sie viel eher darauf zurückführen, dass die Ovarien- oder Tubenblutung während der Anlagerung der Muttertrompeten an den Eierstock entstanden und die Abdominalöffnung in dieser Stellung geblieben sei. (Das steht auch in Uebereinstimmung mit der Physiologie und Pathologie, weil gegen das Ende der Menstruation, der Zeit, wo die Hämatocele ihren Anfang nimmt, die Abdominalöffnung dem Ovarium anliegt, und weil die Erweiterung fast stets den äusseren Abschnitt der Tuba einnimmt.)

Nach Allem ist die Hämorrhagie der Tuben eine Ursache der Hämatocele retrouterina, aber eine weniger häufige als die Hämorrhagie der Ovarien.

3. Rückfluss des Bluts aus dem Uterus in die Tuben und die Peritonealhöhle.

Unter gewissen Umständen kann das in das Uteruscavum ergossene Blut in die Muttertrompeten zurückfliessen; aber es gehört dazu, dass ein Hinderniss für den Abfluss dieses Bluts durch die Vagina vorhanden ist. Die einzige Ursache, die mir hier möglich scheint, ist die Flexion des Uterus. (Es ist hier, wohl verstanden, nur von Blutungen bei der Menstruation die Rede.)

Welche Rolle lassen die Schriftsteller die Flexionen bei unserer Affection spielen? „Wenn das Orificium Uteri zusammengeknickt ist, so hat die Frau keine Menstruation,

---

38) Union médicale, 1848. p. 589.

39) Bulletin de l'Académie de médecine 1855. t. XXI, p. 21.

oder sie hat sie nur in geringer Menge und von schlechter Beschaffenheit.“ (Hippocrates citirt von Valleix.)

Die Lagenveränderungen des Uterus bewirken keine Störungen in der Menstruation, wenn nicht zugleich eine Metritis vorhanden ist. Die Anteflexion bildet kein Hinderniss für den Abfluss des Menstrualbluts. (Raciborski.)

Von eilf von Valleix beobachteten Fällen von Anteflexion war die Menstruation nur zweimal unregelmässig.

Dagegen glaubt Ch. Robin (mündliche Mittheilung), dass die Flexion des Uterus ein so starkes Hinderniss sei, dass das Blut in die Tuben zurückfliessen könne.

Eine von Bernutz [40]) beobachtete Kranke zeigte Erscheinungen von Retention der Katamenien, die mit einer Anteflexion der Gebärmutter zusammentrafen. Die Knickung des Organs hob sich von selbst und die Frau genas.

Anderseits erinnere ich an die Beobachtung von Hélie (vid. pag. 39) und seine Ansicht über diesen Gegenstand; allein es ist schwer, die Erklärung, welche er giebt, gelten zu lassen. Es geht aus seiner anatomischen Beschreibung hervor, dass das in den Tuben gefundene Blut ebensogut von ihrer eigenen Schleimhaut als von der des Uterus kommen konnte; und es ist überdiess keineswegs erwiesen, dass sich die Uterinöffnung während der Menstruation erweitert.

Bis jetzt ist die Zahl solcher Fälle sehr gering und da ich in diesem Artikel die nicht abgekapselten Blutextravasate unberücksichtigt lasse, so finde ich nur eine Beobachtung von Hämatocele retrouterina, die wirklich durch den Rückfluss des Bluts aus dem Uterus in die Peritonealhöhle bedingt ist; es ist die Kranke aus der Abtheilung Trousseau's. (Beob. 35.) Der Uteruskörper war stark retroflectirt und seine Höhle von Blut ausgedehnt, das nach den Tuben gedrängt war und eine Haematocele retrouterina gebildet hatte.

Diese Enstehungsweise war hier sehr evident; und gewiss ist es zweifellos, dass die Flexionen der Gebärmutter ein so bedeutendes Hinderniss werden können, dass das Blut in die Tuben zurückfliesst. [41])

---

[40]) Archives de médecine, 1848, Beob. 5.

[41]) Ch. Robin. p. 120.

Es entsteht zuerst eine Retention der Menses, dann eine Dilatation der Gebärmutterhöhle und endlich bahnt sich das Blut einen Weg durch die eine oder andere der beiden Tubenöffnungen.

Meistens bewirkt der Rückfluss des Bluts einen rasch tödtlichen Erguss in die Bauchhöhle, und dieser Verlauf hängt wohl mit der verdorbenen Beschaffenheit des Bluts zusammen, das in der Gebärmutterhöhle zurückgehalten war und sich hier nach dem Austritt aus den Gefässen und durch die Vermischung mit Uterinschleim zersetzt hatte.

Nach Allem ist der Rückfluss des Bluts aus dem Uterus in die Tuben und die Peritonealhöhle nur eine sehr seltene Ursache der Hämatocele retrouterina und scheint bis jetzt nur bei Flexionen der Gebärmutter vorgekommen zu sein.

Die nicht abgekapselten Blutergüsse in der Peritonealhöhle des kleinen Beckens.

Sie können wie die Haematocele retrouterina durch Hämorrhagien der Tuben und Ovarien und durch Rückfluss des Bluts aus dem Uterus entstehen; aber sie können auch, was bei diesen nicht der Fall ist, die Folge einer Ruptur subovarieller Venen sein.

I. Die Hämorrhagie der Ovarien war die Ursache in 6 Fällen.

1. Beobachtung von Hufeland [42]); das linke Ovarium war zur Hälfte zerstört und gangränös.

2. Beobachtung von Scanzoni [43]); das rechte Ovarium war etwas vergrössert, und in einen hühnereigrossen Sack verwandelt, der in die Bauchhöhle geborsten war.

3. Beobachtung von Neumann [44]); das rechte Ovarium war in einen Blutklumpen verwandelt.

4. Beobachtung von Drecq [45]); das linke Ovarium war schwarz und von der Grösse eines Hühnereis.

---

42) Hufeland's Journal. November 1819.

43) Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. p. 350.

44) Bibliothèque médicale, Paris 1822. Bd. 78, p. 113.

45) Archiv f. physiol. Heilkunde. Bd. IV.

5. Beobachtung von Puech [46]); das Blut kam aus einem Follikel des rechten Ovariums; es war keine Spur von Blut, weder in der entsprechenden Tuba, noch in der der andern Seite vorhanden.

6. Beobachtung von Luton [47]); das rechte Ovarium zeigte an der nach dem Douglas'schen Raum hin gerichteten Seite einen kleinen Einriss, durch den man ein grosses, schwarzes, weiches Blutcoagulum hervorragen sah.

II. Hämorrhagie der Tuben. Sie war in vier Fällen die Veranlassung des Extravasats.

1. Beobachtung von Fauvel [48]) in Constantinopel; Blutcoagula in der Beckenhöhle; Erweiterung von der Grösse eines Hühnereis in der rechten Tuba, die einen Einriss zeigt und Blutcoagula enthält; Uterinmündung der Tuba durch eine fibröse Geschwulst verschlossen; Ovarien gesund.

2. Beobachtung von Pollard [49]); beide Tuben waren mit Blut gefüllt und geborsten.

3. Der von Scanzoni [50]) erzählte Fall eines Mädchens, das während der Katamenialperiode an einer Blutung der Tuben starb; das kleine Becken war mit Blut angefüllt.

4. Ein von Pauli [51]) erzählter Fall einer Frau, die rasch einer Hämorrhagie der Tuben erlag. Die rechte Tuba war zerrissen und das kleine Becken mit Blut angefüllt.

III. Rückflus des Bluts aus dem Uterus. —

Drei aus einer grossen Zahl ausgewählte Fälle sind schlagende Beispiele desselben; nämlich die Beobachtungen von Schuh [52]), Latour [53]) und Brodie.

In diesen Fällen bestand ein Hinderniss für den Abfluss des Menstrualbluts, das den Uebergang desselben in die Eileiter erklärt. Der Erguss eines durch seine Vermischung

---

46) Thèse, Montpellier. p. 13.
47) Gazette médicale de Paris, 1856. p. 76.
48) Fauvel, Bulletin de la Société anatomique 1855. p. 395.
49) Pollard, the Lancet, 1848. Archives de médecine, 1848.
50) Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. p. 315.
51) Pauli, Gazette des hôpitaux. März 1847. p. 155.
52) Schuh, Wiener Wochenschr. Bd. I. 1857.
53) Latour, citirt von Dupprcque: Ruptures de la matrice.

mit dem Uterinschleim veränderten Bluts in die Peritonealhöhle macht die Raschheit der Todes erklärlich.

Diese 3 Fälle von rasch tödtlichen Blutergüssen werfen auch ein besonderes Licht auf die Pathogenie der retrouterinen Hämatocelen, mit denen sie nahe verwandt sind, da dieselben Ursachen nach Umständen bald die eine, bald die andere Affection bedingen können.

Anders verhält es sich mit den subovariellen Varicen, deren Berstung, in keiner Beobachtung, zu einer Haematocele retrouterina Veranlassung gegeben hat; sie sind in der That den nicht abgekapselten Blutergüssen ganz ausschliesslich angehörige Ursachen.

IV. Varicen der Ovarien.

Die subovariellen Venen erweitern sich unter dem Einfluss mannichfacher Ursachen; dahin gehören: der Mangel an schützenden Umhüllungen, ihre verticale Richtung [54]), erbliche Anlage, vorausgegangene Schwangerschaften, das Tragen von Corsetten, welches eine venöse Stase in dem unteren Venensystem und namentlich im System der unteren Hohlvene erzeugt. Die Compression dieses Gefässes ist eine unmittelbare Folge der Deformation der Leber, die als Erzeugniss des längern Tragens von Corsetten so schön von Cruveilhier beschrieben worden ist. [55]) Es folgt daraus eine Behinderung im venösen Kreislauf des Beckens und namentlich in den Ovario - uterin - Venen, die, wie bekannt, keine Klappen besitzen.

Die Stase in der Ovario-uterin-Vene ist aus zwei Gründen rechts ausgesprochener als links.

Einmal weil die rechte, die direct in die Vena cava sich ergiesst, dadurch dem auf die Leber ausgeübten Druck unmittelbar ausgesetzt ist.

Dann, weil das ganze cutane Venensystem der rechten Seite zwischen Leber und Corset comprimirt wird, und deshalb das seinerseits gleichfalls comprimirte tiefere Venensystem nicht durch einen supplementären oberflächlichen Kreislauf die Störung ausgleichen kann.

---

54) Deval, Thése. 1858.

55) Traité d'anatomie pathologique. t. II.

Wenn hierzu noch die katameniale Congestion und das Tragen von Corsetten während dieser Periode kommt, so finden sich mehrere Ursachen vereinigt, die eine Dilatation der einen oder andern Ovario-uterin-Vene hervorrufen können.

Ich erinnere noch an einige Thatsachen, welche den Einfluss einer Compression des oberen Theils des Abdomens oder der unteren Extremitäten auf die Katamenialfunction und die Reichlichkeit des Ausflusses beweisen; nämlich an die beiden Fälle von Madame Boivin (vid. pag. 4.) und die beiden Beobachtungen von mir an der Frau Lavande und der Frau Leclercq.

Sectionsergebnisse liegen vier vor; die Fälle von Leclerc (pag. 51.), von Olliviers von Angers (pag. 54.), von Gottfried Fleischmann (p. 54.) und von Dépaul. [56]) Bei den ersten drei war eine subovarielle Vene der rechten Seite geborsten. Dépaul dagegen hat nicht angegeben, aus welcher Vene das Blut stammte.

Warum tritt nun in Fällen von Ruptur der Ovarienvene der Tod eher ein, als es zur Abkapselung kommt? Die Erklärung scheint mir folgende zu sein:

Während bei den Ovarien- und Tuben-Hämorrhagien das Blut aus den Capillaren kommt und sich langsam ergiesst, wird es bei einem Varix von einem grössern Gefäss geliefert und seine Menge ist um so beträchtlicher, als die Contractilität der varicösen Venen verringert ist und deshalb die Oeffnung des Gefässes sich schwieriger schliesst. Während bei der ersten Reihe von Fällen der Organismus sich gleichsam an die Blutung gewöhnt, wird dieselbe bei der zweiten in kurzer Zeit zu beträchtlich, um ertragen zu werden. Dass die Eigenschaft des venösen Bluts gegenüber dem der Capillaren einen besondern Einfluss habe, glaube ich nicht.

Wenn nun die Entstehung von Beckenextravasaten durch Berstung eines subovariellen Varix festgestellt ist, was ist die Ursache dieses pathologischen Vorgangs? (Man wird, glaube ich, zugeben, dass eine nicht erweiterte Vene nicht bersten kann, da dieser Zufall einen vorausgegangenen pathologischen Zustand voraussetzt.)

---

[56]) Bulletin de la Société anatomique. 1847. p. 12.

Bis jetzt wusste man von einer congestiven Turgescenz der periuterinen Venen während der Menstruation, und dass die Abdominalöffnung der Tuben mit ihren Fimbrien das Ovarium bis zum Austritt des Eis umfasse, und man erklärte diese Erscheinung durch die Erection der Muttertrompete.

Ch. Rouget [57]) hat neuerdings nachgewiesen, dass in dem Abdominalende der Tuba keine Erection entstehe, sondern dass eine solche in den subovariellen Plexus in dem Augenblick zu Stande komme, wo die Abdominalöffnung der Tuba sich an die Basis des Eierstocks anlegt.

In der That unterbricht die Zusammenschnürung des Ovariums durch den Muskelapparat der Tuba den Kreislauf in den venösen Plexus nahezu vollständig und bewirkt dadurch die Erection derselben.

Sollten unter dem Einfluss dieser venösen Stase und Erection Varicen bersten können? Ich glaube dass, um dies anzunehmen, noch eine unterstützende Ursache nothwendig wäre; so z. B. ein aktiver Vorgang, eine Art Spasmus, und vor Allen würde ich dahin die geschlechtliche Erregung und den Beischlaf rechnen. Allein unglücklicherweise ist in drei Todesfällen in Folge von Ruptur eines Varix die Aetiologie nicht erwähnt und in einem vierten war die Ursache grosse Ermüdung.

Es verhält sich mit diesen krankhaften Vorgängen wie mit vielen andern; man ist auf Conjecturen angewiesen. Vier Beobachtungen zeigen wohl die Ruptur subovarieller Varicen, aber wesshalb und wie dieselbe entstanden ist, da liegt die Schwierigkeit.

Ich schliesse mit der Anführung einer Ansicht Debrou's: „Die Retention des Bluts in den Utero-Ovarien-Plexus könnte durch Compression der Venenwände Gangrän erzeugen“ und stelle damit nur die drei Fälle von Leclerc, (p. 54.) von Luton (p. 82.) und von Hufeland (p. 81.) zusammen, in denen der Zustand der Ovarien mit dem Ausdruck gangränös bezeichnet wird.

---

57) Ch. Rouget, Journal de physiologie par Brown-Séquard, April 1858.

Warum ergiesst sich bei Ovarienblutungen das Blut in die Excavatio recto-uterina?

Mehrere Punkte scheinen mir hier in Betracht zu kommen.

1. „Von vornherein ist die Fallopische Tuba, wie Coste gezeigt hat, nicht dazu bestimmt Blut von dem Ovarium fortzuführen. In der Norm lässt dieses Organ während der Menstruation keins austreten; die Muttertrompete dient nur als Eileiter."

Nimmt man selbst mit Raciborski und Pouchet an, dass der Ovarienfollikel bei der Menstruation Blut abgebe, so ist doch die Menge desselben äusserst gering und steht im Verhältniss zu der Enge des Tubencanals, den es durchlaufen muss. Man begreift die Wichtigkeit dieses ersten Satzes in Fällen von Hämorrhagie der Ovarien, die während der Menstruation auftreten. Wenn das extravasirte Blut nicht durch den Canal der Muttertrompeten bis in den Uterus eindringen kann, so erweitert es die Abdominalöffnung. Ist die Blutung schwach, so bleiben die Fimbrien mit dem Ovarium in Berührung, das Blut ergiesst sich nicht in die Peritonealhöhle und eine adhäsive Entzündung hält den Eierstock und die Muttertrompete in derselben Weise vereinigt, [58]) wie sie während des spontanen Eiaustritts aneinander gelagert waren. Ist die Blutung stark, so lösen sich ein oder mehrere Fimbrien ab oder zerreissen und das Blut extravasirt in das kleine Becken.

2. In einigen Fällen von Ovarienhämorrhagie können sich die Fimbrien nicht an das Ovarium anlegen, indem sie daran durch Verwachsungen und verschiedene Geschwülste gehindert werden, wie es Richard nachgewiesen hat. [59]) Das Blut extravasirt dann direct in die Bauchhöhle.

3. Tritt die Blutung ausserhalb einer Katamenialperiode

---

[58]) Bernutz, Archives générales de médecine, 1848. — Mémoire sur les accidents produits par le flux menstrual, Beob. 1.

[59]) Richard, Thése 1851.

ein, wo die Abdominalöffnung dem Ovarium nicht anliegt, so muss sich das Blut natürlich von selbst in die Peritonealhöhle des kleinen Beckens ergiessen.

Zusammentreffen des Beginns der Hämatocele retrouterina mit der Katamenialperiode.

Diess ist, wie bekannt, ein Punkt, den namentlich Laugier [60]) studirt hat. In sieben seiner Beobachtungen ist das Zusammentreffen vollkommen festgestellt. Er hat daraus auch den Schluss gezogen, dass der Beginn des Beckenextravasats auf das Ende des Menstrualflusses und die Ruptur des Graaf'schen Follikels zurückzuführen sei. Bischoff und später Pouchet nehmen gleichfalls an, dass der Ovarienfollikel am Ende der Menstruation zerreisst. Indessen ist doch die Thatsache noch immer nicht so vollkommen sicher festgestellt. Coste [61]) und Longet [62]) glauben, dass ein zur Reife gelangter Graaf'scher Follikel bersten kann im Anfang, gegen das Ende, oder in irgend einem Zeitpunkt des Menstrualflusses. Ich glaube selbst, dass die Ruptur eines Eierstocksfollikels auch ausserhalb der Katamenialperiode unter dem Einfluss einer gesteigerten geschlechtlichen Erregung zu Stande kommen kann, die von einer analogen Congestion der Ovarien begleitet sein wird, wie sie unter denselben Umständen in den Testikeln stattfindet.

Während des Beischlafs und namentlich wenn eine sehr heftige Aufregung stattfindet (und dies ist namentlich bei einem Coitus während der Regel oder gegen das Ende derselben der Fall) gerathen die inneren Geschlechtsorgane ebensowohl in Congestion, als die erectilen Körper der Vulva; die ausgedehnte Communication zwischen den Ovario-uterin Plexus und den erectilen Körpern der Clitoris und der Vulva erklärt dies leicht. Dies anatomische Verhältniss der Genitalienvenen und das Vorhandensein eines Muskelapparats ma-

---

60) Laugier, Comptes rendus de l'Académie des sciences. Februar 1855.

61) Du développement de l'oeuf, p. 213.

62) Traité de physiologie. T. II. — Génération. p. 173.

chen es erklärlich, wie Rouget den subovariellen Plexus als erectilen Körper hat beschreiben können.

Der Eierstock ist demnach durch die Anordnung der ihn umgebenden Gefässe zu heftigen Congestionen prädisponirt, unter deren Einfluss ein zur Reife gelangter Graaf'scher Follikel noch vor der Katamenialperiode zerreissen kann.

Es zeigt dies eine gewisse Analogie mit einer von Coste beobachteten Thatsache der vergleichenden Anatomie.

„Ein weibliches Kaninchen, das isolirt nur alle zwei Monate brünstig wird und den Coitus verweigert, wenn das Männchen demselben nur einige Augenblicke genähert wird, lässt denselben geschehen, wenn man das letztere einige Tage mit ihm zusammenlässt; die Reizungen, denen es unaufhörlich ausgesetzt ist, rufen die Rückkehr eines Zustandes hervor, der beim Mangel dieser Aufregung viel später eingetreten sein würde. [63])

Verhältnissmässige Häufigkeit der Ursprungsstellen des Blutergusses.

1. Hämatocele retrouterina.

Der Ausgangspunkt konnte bei an Hämatocele gestorbenen Frauen selten mit voller Sicherheit festgestellt werden; die Entzündung hat dann schon Alles desorganisirt, und der Nachweis, woher das Blut stammte, ist fast unmöglich geworden. Ich führe indess die Organe in der Reihenfolge der Häufigkeit, in der sie als Quellen der Blutung bei Sectionen von Hämatocelen erkannt wurden, hier auf:

1. Das Ovarium 6 mal.

Beob. von Fleuriot, [64]) Bouvyer, [65]) Puech, [66]) Denonvilliers, [67]) Prost, [68]) Bernutz. [69])

---

63) Coste lib. cit. p. 226.
64) Bulletin de la Société anatomique, 1853.
65) Ibid. 1855.
66) Thèse, Montpellier, 1858. Beob. 8.
67) Bulletin de la Société de la Chirurgie 1851.
68) Thèse. Paris 1854. (Beob. 4.)
69) Archives de médecine, 1848. (Beob. 1.)

2. Die Muttertrompeten 2 mal.

Beob. von Follin [70]) und der Frau Cadubchère. (Beob. 30.)

Es existirt keine Section, durch die mir erwiesen schiene, dass das Blut von der Uterinschleimhaut gekommen sei.

2. Nicht abgekapselte Blutextravasate in der Peritonealhöhle des kleinen Beckens.

Die Quelle des Bluts war:

1. Das Ovarium 6 mal.

Beob. von Hufeland, [71]) Scanzoni, [72]) Neumann, [73]) Dreck, [74]) Puech [75]) und Luton. [76])

2. Die Gebärmutterhöhle 3 mal.

Beob. von Schuh, [77]) Latour [78]) und Brodie. [79])

3. Die Muttertrompete 4 mal.

Beob. von Fauvel, [80]) Pollard, [81]) Scanzoni [82]) und Pauli. [83])

4. Varicen der Ovarien 4 mal.

Beob. von Leclerc, (p. 54.) Ollivier von Angers, [84]) Gottfried Fleischmann (p. 54.) und Dépaul. [85])

Bedingungen der Abkapselung des Bluts.

Das in die Beckenhöhle extravasirte Blut wird abge-

---

70) Bulletin de la Société de Chirurgie, Mai 1855.
71) Hufeland's Journal, November 1819.
72) Krankheiten der weiblichen Sexualorgane, loc. cit.
73) Medic. Bibliothek, 1822, Bd. 78, p. 113.
74) Archiv für physiol. Arzneikunde. Bd. 9. pag. 444.
75) Thèse, Montpellier, 1858, p. 12.
76) Gazette médicale de Paris, 1856, p. 76.
77) Wiener Wochenschr. Bd. I. 1857.
78) Citirt v. Duparcque, Ruptures de Matrice.
79) Krankheiten der Harnorgane.
80) Société anatomique, 1855. p. 395.
81) Archives de médecine, December 1848.
82) Krankheiten der weiblichen Sexualorgane loc. cit.
83) Gazette des hôpitaux, März 1847.
84) Archives générales de médecine 1834.
85) Société anatomique, 1847. p. 12.

kapselt, oder bleibt im flüssigen Zustande. Warum tritt der Vorgang der Abkapselung nicht stets ein, welches sind die dafür günstigen, welches die ungünstigen Bedingungen?

Günstige Bedingungen sind: Die Langsamkeit der Hämorrhagie, die tropfenweise Extravasation des Bluts, der Austritt desselben nur aus Capillargefässen, und der unmittelbare Contact mit der Serosa, sobald es die Gefässe verlassen hat.

Als ungünstig lässt sich anführen:

1. Die Reichlichkeit der Blutung ist oft so bedeutend, dass die Kranke unmittelbar an dem Blutverlust und den Schmerzen stirbt.

2. Das Blut, welches aus dem Uterus zurückfliesst, kann durch sein längeres Verweilen ausserhalb der Gefässe und durch seine Vermischung mit Schleim zersetzt sein. (Beob. von Brodie und Schuh.)

3. In den Fällen, wo das Blut aus varicösen Venen stammte, hat es sich nicht ein einziges Mal abgekapselt. Die Grösse des das Blut liefernden Gefässes scheint mir hier die Ursache des raschen Todes. (Beob. von Ollivier, Gottfried Fleischmann, Dépaul, Leclerc.)

4. Die exanthematischen Fieber erzeugen stets eine grössere Flüssigkeit des Bluts und begünstigen dadurch eine reichlichere Extravasation desselben. (Beob. von Scanzoni.)

Vorgang der Abkapselung des Bluts im Douglas'schen Raum.

Mag nun das Blut aus dem Ovarium, den Tuben oder dem Uterus kommen, so fällt es ganz natürlich hinter den breiten Mutterbändern in jenen Peritonealraum, der vorn durch die breiten Mutterbänder und den Uterus, hinten durch das Rectum und die seitlichen Falten des Peritoneum, überall aber von der Serosa begränzt ist. Nach oben steht dieser Blindsack offen und in weiter Communication mit dem übrigen Theil der Bauchhöhle. In einigen seltenen Fällen war auch Blut in die Excavatio vesico-uterina gelangt, aber im Verhältniss zu dem Extravasat hinter dem Uterus in sehr unbedeutender Menge.

Kaum sind einige Tropfen Blut in die seröse Höhle eingedrungen, so entzündet sich dieselbe und in Folge dieser Entzündung bilden sich alsbald Verklebungen zwischen allen Beckenorganen, oder vielmehr zwischen ihren peritonealen Umhüllungen. Die Darmschlingen werden durch den Andrang der ergossenen Flüssigkeit nach den oberen Partien zurückgedrängt, oder schwimmen auf derselben durch ihr eigenes Gewicht. In Folge der Energie der Entzündung der serösen Haut und der Bildung von zellgewebigen Verwachsungen kapselt sich der Blutheerd rasch ab. Man findet dann die Wände der Geschwulst vorn durch die breiten Mutterbänder, hinten durch das Rectum und Peritoneum, unten durch den utero-rectalen Blindsack, oben durch die Darmschlingen begränzt, welche durch ihre Verwachsungen mit dem Gebärmuttergrunde, den breiten Mutterbändern, den Ovarien, den Tuben, den runden Mutterbändern und dem Peritoneum, welches die Seitentheile des Beckens auskleidet, eine Art resistente Decke für die Cyste bilden. Bisweilen erstreckt sich die Geschwulst in die fossae iliacae und kapselt sich hier gleichfalls mit Hülfe der Darmschlingen ab.

Die Höhle der Cyste kann einfächerig bleiben, aber meistens bilden sich von einem Punkt zu einem anderen Stränge, zellig-fibrinöse Scheidewände, die sich organisiren, fibrös werden und bisweilen so zart sind, dass man sie bei einigen Sectionen durch das subseröse Zellgewebe gebildet hielt und dadurch zur Annahme einer subperitonealen Hämatocele kam. Kurz es findet in der Beckenhöhle ganz derselbe Vorgang statt, wie in der entzündeten Pleura oder Arachnoidea.

In einigen Fällen hatte das Blut die peritonealen Wandungen der Tuben und diese Canäle selbst ausgedehnt, die dann integrirende Theile der Cyste werden. Die Entzündung macht übrigens den Eileiter nicht undurchgängig und die Communication zwischen ihm und der Gebärmutterhöhle bleibt frei.

Das Blut verhält sich verschieden, je nachdem es aus Capillargefässen extravasirt, oder aus einem schon veränderten Graaf'schen Follikel oder der Gebärmutterhöhle kommt, wo es schon längere Zeit hat verweilen müssen. Im ersten Fall coagulirt es, der flüssige Theil wird resorbirt, das Coa-

gulum bleibt zurück um später meistens gleichfalls zu verschwinden. Indessen ist doch die Resorption bisweilen keine vollständige und das extravasirte Blut bildet dann fibrinöse Geschwülste, die man oft noch ziemlich lange Zeit nach dem Beginn der Affection, wenn die Gesundheit der Kranken schon wieder hergestellt ist, vorfindet. Wenn, wie in einigen Fällen, die Innenfläche des recto-uterinen Sacks eine grosse Menge flüssigen entzündlichen Exsudats liefert, so verändern sich das Blut und die Coagula, das Fibrin und die Blutkörperchen erweichen und nehmen eine dem verdünnten Russ ähnliche Farbe an. Die Blutkörperchen erscheinen unter dem Mikroskop geschrumpft, oder sonst verändert, aus dem Hämatin bilden sich Hämatoidincrystalle, und wenn die Resorption des Bluts gehindert ist, nimmt die flüssige Masse in Folge weiterer entzündlicher Exsudate an Menge zu, geht in Eiterung über und sucht sich dann durch Ulceration der sie umgebenden Wände einen Weg nach aussen zu bahnen.

Im zweiten Fall, wo das Blut von einem ursprünglich erkrankten Follikel extravasirt, oder aus der Gebärmutter stammt, ist es schon durch seinen Aufenthalt ausserhalb der Gefässe verändert und hat in Folge seiner reizenden Eigenschaft eine grössere Tendenz, eine heftigere Peritonitis mit reichlichem serösen Exsudat hervorzurufen, in Folge davon in Suppuration überzugehen und sich später einen Weg nach aussen zu bahnen.

Diese Bemerkungen werden uns bei der Behandlung von grosser Wichtigkeit werden.

Siebentes Capitel.

Symptome.

1. Die nicht abgekapselten Blutextravasate in der Peritonealhöhle des kleinen Beckens.

Beginn. — Die Krankheit beginnt plötzlich; die Kranken werden meistens inmitten der besten Gesundheit, oder nachdem nur einige Schmerzen im Hypogastrium voraufgegangen sind, befallen; gerade die Plötzlichkeit dieser Zufälle hat mehrmals den Verdacht einer Vergiftung erregt. In zwei Fällen ist das Zusammentreffen des Beginns der Krankheit mit der Menstruation angeführt.

Schmerz. — Die Anfangserscheinungen sind in allen Fällen furchtbare Schmerzen im Abdomen, so dass die Kranken in die heftigste Agitation gerathen. Ihre Beschaffenheit war in 2 Fällen (Pelletan, Scanzoni) derart, dass sie einer Peritonitis zugeschrieben wurden.

Abdomen. — Der Zustand des Abdomen ist zweimal angegeben. (Beob. Roger, Russel.) Es war hart und gespannt. Roger fand bei der Percussion einen matten Ton. Die heftigen Schmerzen sind wohl der Grund, warum dieses Syptom nicht häufiger nachgewiesen werden konnte.

Aeussere Haut. — In 3 Fällen war dieselbe kalt und bleich. (Beob. Ollivier, Roger, Russel.)

Singultus und Erbrechen führen Ollivier und Roger bei ihren beiden Kranken an.

Allgemeinzustand. — In 3 Beobachtungen (Beob. Ollivier, Fleichmann, Russell) waren die Kranken ohnmächtig oder vollständig collabirt. Der Puls war klein, fast unfühlbar.

Der Tod trat in allen Fällen in weniger als 12 Stunden ein. (Beob. von Ollivier in 7 Stunden, von Leclerc in 3 Stunden, von Fleischmann in ½ Stunde, von Roger und Russell in einigen Stunden.) Die Plötzlichkeit des Todes erklärt es, warum fast in allen Fällen angegeben ist, dass eine Vergiftung vermuthet und die gerichtliche Section angeordnet war.

2. Die Hämatocele retrouterina.

Beginn. — Die Krankheit beginnt bald langsam, bald plötzlich. Bei der Mehrzahl der Frauen waren die Katamenien schon mehrere Monate vor dem Beginn der Krankheit von Schmerzen begleitet. In 16 Beobachtungen finde ich die Unregelmässigkeit oder den Mangel der Menstruation oder reichliche Blutverluste erwähnt.

Neunmal trat die Affection plötzlich, ohne wahrnehmbare Vorläufererscheinungen auf; dreimal empfanden die Kranken an einem Punkt des Unterleibs einen heftigen Schmerz, den sie mit der Empfindung verglichen, als wenn etwas geborsten oder zerrissen wäre. Die Anfangserscheinungen sind demnach die Suppression oder zu grosse Reichlichkeit der Menses und in einigen Fällen ein plötzlicher Schmerz.

Schmerz. — Der Schmerz fehlte nie; fast stets ist er auf die Beckenhöhle beschränkt, von wo er indess auf den übrigen Theil der Bauchhöhle ausstrahlen kann.

Er nimmt die eine oder andere fossa iliaca oder die Gegend über den Schambeinen, oder eine Leistengegend, oder die regio sacralis, bisweilen selbst die unteren Extremitäten ein, indem er dem Verlauf des nervus cruralis oder ischiadicus folgt.

Er erlangt bisweilen gleich anfangs seine höchste Intensität bald unter der Form von Koliken, bald mit dem Charakter wirklicher Wehen. Die Kranke ist in der grössten

Agitation, weiss nicht welche Lage sie einnehmen soll, verlässt das Bett, um es, überwältigt von den Schmerzen, bald wieder zu suchen. Diese sind remittirend, kommen in Anfällen von fünf zu fünf Minuten und werden durch Druck und die Bewegungen der Kranken vermehrt. Bisweilen charakterisirt sich der Schmerz durch ein Gefühl von Schwere um den Anus und macht die Empfindung, als wenn ein fremder Körper sich durch die Vulva oder das Rectum hervordrängen wolle; in andern Fällen ist es ein sehr erschöpfender Tenesmus des Mastdarms.

Der wehenartige Charakter der Schmerzen wurde vierzehnmal beobachtet, achtzehnmal ist er als kolikartig bezeichnet, siebenmal ist das Gefühl von Schwere um den Anus angeführt. Ich habe die grosse Intensität des Schmerzes gleich im Beginn hervorgehoben, einen Charakter, den die Krankheit, nach meiner Ansicht, der sie begleitenden Peritonitis verdankt. „Trousseau [1]) betrachtet den Schmerz keineswegs als das Ergebniss einer Peritonealentzündung, sondern einer heftigen Fluxion zu den Gebärmutteranhängen, welche die Hämatocele bewirkt hat;“ und weiterhin: „Wenn eine Reizung des Peritoneum stattfindet, so ist es unmöglich, etwas anderes als eine leichte Fluxion dieser serösen Haut anzunehmen.“

Trousseau giebt nicht zu, dass das Peritoneum mit Sensibilität begabt sei, und stützt sich dabei auf Versuche an Pferden, bei denen es ausgemacht ist, dass die serösen Häute und namentlich die Pleura sehr wenig empfindlich für reizende Agentien und fremde Körper sind. Ich glaube Trousseau erwiedern zu können (denn bei Gelegenheit eines Capitels meiner These hat er diese Ansicht ausgesprochen), dass die Entzündungen des Peritoneums bei Thieren sehr leicht sind, und dass man bei Stuten, Schafen u. s. w. ungestraft die Ovariotomie machen kann. Ich finde zwischen der Empfindlichkeit des Peritoneums bei Thieren und Menschen eine sehr grosse Verschiedenheit und jeden Vergleich unmöglich. Und wenn auch die serösen Häute im physiologischen Zustande für reizende Einflüsse wenig empfindlich sind, so weiss

[1]) Gazette des hôpitaux, Juni 1858.

man doch wie lebhaft die Schmerzen bei den Entzündungen derselben sind, welchen anatomischen Sitz man ihnen auch zuschreiben mag. Ich bleibe deshalb bei der Meinung, wie ich auch schon in meiner These gesagt habe, (p. 30.) dass der Schmerz bei der Hämatocele ein Symptom der Peritonitis ist; die Annahme wird zur Gewissheit, wenn man sich an die Geschichte in Folge intraperitonealer Blutextravasate plötzlich verstorbener Kranken erinnert; alle zeigten bis zum letzten Augenblick die furchtbarsten Schmerzen und ich wüsste nicht, dass man dies Zeichen anderen Ursachen, als einer peritonealen Entzündung zuschreiben könnte. Der Schmerz besteht während der ganzen Dauer der Krankheit mehr oder weniger lebhaft fort, mit Exacerbationen, die von wiederholten Peritonitiden abhängen, welche den regelmässigen Gang der Resolution der Geschwulst unterbrechen. Er wird gleichfalls von Neuem angefacht zur Zeit der Katamenialperiode, mögen die Menses fliessen oder nicht, die Kranke wird dann von stechenden, lancinirenden Schmerzen, von Klopfen im Becken, (Beob. 16, 33.) von einem Gefühl von innerer Hitze gequält. Diese Recrudescenz des Schmerzes während der Katamenialperiode macht sich namentlich im Anfang, so lange die Geschwulst noch bedeutend ist, bemerklich, aber sie besteht auch noch einige Monate lang fort, wenn keine Spuren der Geschwulst mehr vorhanden sind.

Die Kranke leidet bei der geringsten Anstrengung, bei dem geringsten Versuch zu gehen; man sieht, der Schmerz ist eine constante Erscheinung, mit ihm beginnt und endet die Scene.

Anschwellung des Abdomen. Dies ist nach dem Schmerz die wichtigste Erscheinung, sie scheint mir durch zwei Ursachen, die Gegenwart von in den Gedärmen zurückgehaltenen Gasen und das Blutextravasat im kleinen Becken zu entstehen.

Die Kranke der 3. Beob. hob besonders die Beschaffenheit ihrer Schmerzen hervor, die sie denen einer Blähkolik ähnlich schilderte; die Percussion ergab bei ihr vor und über der Geschwulst einen tympanitischen Ton. Bei den Kranken der Beob. 5 und 16 konnte ich durch die Percussion die Lage des Endes der Flexura iliaca und des Anfangs des

Rectum umgränzen. Die Sectionen zeigen, wie sehr die Darmschlingen zusammengeknäuelt, mit einander und mit den Eingeweiden verwachsen sind und wie dadurch die Fortbewegung der Fäcalmaterien im Dickdarm behindert werden muss. Zu dieser anatomischen Bedingung kommt dann noch die habituelle Constipation der Frauen, um diesen tympanitischen Zustand hervorzurufen.

Geschwulst. — Eine genaue Palpation des Abdomens ist anfangs nicht möglich. Die geringste Berührung, der Druck der Bedeckungen sind unerträglich, so dass man sich im Beginn nur von der Spannung des Unterleibes überzeugen kann. Nach einigen Tagen kann die Palpation des Abdomen vorgenommen werden, man entdeckt dann in der Beckenhöhle eine Geschwulst; bisweilen ist diese gleich im Beginn von der Kranken wahrgenommen worden. Meistens erreicht sie schon in den ersten Tagen ihren definitiven Umfang, in seltenen Fällen dauert es jedoch 14 Tage bis einen Monat, bis sie ihre höchste Entwickelung erlangt hat, eine Bildungsweise, die wohl von einer langsamen Blutung, oder von mehreren aufeinanderfolgenden Hämorrhagien oder von einer entzündlichen serösen Exsudation abhängt, welche den Inhalt der Geschwulst vermehrt und verändert. Die Grösse der Geschwulst kommt bald dem Kopf eines sechsmonatlichen Fötus oder selbst eines reifen Kindes, bald nur einem Apfel oder einer Orange gleich. In den meisten Fällen treibt sie die vordere Bauchwand hervor, überschreitet die obere Beckenöffnung und nähert sich dem Nabel. In 15 Beobachtungen ist die obere Gränze der Geschwulst angegeben.

Dieselbe war:

6 Mal 4 Querfinger unterhalb des Nabels,
5 Mal 3 Querfinger „ „ „
2 Mal 1 Querfinger „ „ „
1 Mal 5 Querfinger „ „ „
und 1 Mal 2 Querfinger oberhalb des Nabels.

In der Beob. 5 betrug der Querdurchmesser der Geschwulst 20 Centimeter.

Bisweilen erstreckt sie sich seitlich in die fossae iliacae, bis auf 2 Querfinger Entfernung von der einen oder andern Spina iliaca ant. sup. (Beob. 4.)

Sie nimmt fast niemals genau die Mittellinie ein, ihre Entwickelung ist rechts und links nicht gleichmässig, ein Verhältniss, das sich sowohl bei der Abdominal- als der Vaginal-Untersuchung herausstellt. Unter 24 Beobachtungen in denen die Seite, auf der die Geschwulst am umfangreichsten war, angegeben ist, war es 16 Mal die rechte, 8 Mal die linke.

In allen Fällen, ausser in der Beob. 3, ergab die Percussion einen vollkommen matten Ton über der Geschwulst.

Consistenz der Geschwulst. — Dieselbe variirt nach dem Zeitpunkt, in dem man die Kranke zu sehen bekommt. Je näher derselbe noch dem Beginn der Affection liegt, um so mehr ist die Geschwulst noch nachgiebig, weich; im Verhältniss als man sich davon entfernt, verändert sich die Masse; bald bilden sich knollige Hervorragungen, Vorsprünge, harte Knoten, die von einander durch Furchen getrennt sind; bei Einigen bleibt die Geschwulst weich, bald endlich wird sie, nachdem sie schon hart gewesen ist, wieder flüssig; das Letzte beobachtet man in den Fällen, wo das Beckenperitoneum sehr entzündet ist und eine reichliche Menge serösen Exsudats liefert, in dem sich das extravasirte Blut auflösst.

16 Mal war die Geschwulst von ungleicher Dichtigkeit, weich, nachgiebig an einzelnen Punkten, hart und fest an andern.

11 Mal war sie fluctuirend.

Von diesen 11 Kranken wurden 5 drei Wochen nach dem Beginn untersucht.

4 nach 14 Tagen.

1 nach einem Monat.

1 unmittelbar nachdem die Affection aufgetreten war.

Die Geschwulst ist in gewissen Fällen unbeweglich im Becken fixirt, in anderen dagegen lässt sie sich nach den Seiten hin verschieben. Die Unbeweglichkeit ist 10 Mal, die Beweglichkeit 7 Mal angeführt.

Ich habe das Gefühl von buckligen Erhabenheiten und Unregelmässigkeiten hervorgehoben, das man durch die Bauchwandungen wahrnimmt, weil es von der Empfindung von Härte unterschieden werden muss, welches bisweilen durch

die Hülle der retrouterinen Cyste erzeugt wird. Es giebt in der That Fälle, wo die Wandungen dieses Sacks verdickt, hart, wie cartilaginös sind. So fanden sie Nélaton und Récamier bei der Oeffnung einer Haematocele retrouterina durch den Vaginalschnitt. Aber diese Induration giebt eine Empfindung von gleichmässiger Härte und nicht von rundlichen Knollen, wie sie von den mit den Wandungen der Geschwulst verklebten Faserstoffmassen gebildet werden. Das Vorhandensein solcher Massen ist übrigens durch verschiedene Sectionen und auch von Récamier nachgewiesen worden, der bei einer Operation um die Blutcoagula fortzuschaffen genöthigt war, sie mit den Fingern von der Innenfläche der Cyste abzulösen. Ich bemerke noch, dass Puech angiebt einmal Blutcrepitation (crépitation sanguine) wahrgenommen zu haben. [2])

Untersuchung durch die Vagina. Durch die Vaginalexploration findet man die Geschwulst hinter dem Uterus wieder, von dem Finger durch die Scheidenwandungen getrennt; durch die zu gleicher Zeit vorgenommene Palpation des Abdomens lässt sich dann feststellen, dass die Geschwulst über den Schaambeinen dieselbe ist, wie die in der Scheide. Sie hat übrigens auch dieselbe Consistenz und in manchen Fällen fühlt man das Anschlagen bei der Percussion vollkommen deutlich.

Die Masse im Becken nimmt den hinter dem Uterus gelegenen Theil desselben ein und überragt den letzteren bisweilen seitlich; in einem Fall fühlte man einige Tage lang einen kleinen Theil der Geschwulst vor dem Uterus. (Beob. 32.) Ihre Grösse ist verschieden, entweder nimmt sie die ganze Breite des Beckencanals ein, oder sie hat nur einen Theil, entweder rechts oder links ergriffen; sie drängt immer mehr oder weniger gegen die untere Apertur vor. Die Entfernung der Geschwulst von der Scheidenöffnung, war in der geringen Zahl von Fällen, wo dieselbe bestimmt worden ist, sehr verschieden.

1 Mal betrug die Entfernung 3 Centim.
1 Mal „ „ „ 3½ „

2) Thèse, Montpellier, 1858.

1 Mal betrug die Entfernung 6 Centim.
1 Mal „ „ „ 7 „

Die Geschwulst nimmt, wie gesagt, den Raum zwischen Rectum und Uterus ein, und bisweilen so vollständig, dass das Lumen des Mastdarms dadurch abgeplattet, oder selbst völlig aufgehoben und der Uterus entweder nach vorn oder seitlich dislocirt wird. In einigen Fällen habe ich auf der Oberfläche der Vaginalgeschwulst eine mit dem Puls der Kranken isochrone arterielle Pulsation wahrgenommen, die in einer Arterie etwa vom Umfang der radialis zu entstehen schien. Diese Erscheinung ist erwähnt in den Beob. 3, 30, 32. In Beob. 1 fand ich bei der Untersuchung durch Rectum und Vagina rundliche Vorsprünge in Form knäuelförmiger venöser Stränge.

Untersuchung mit dem Speculum. — Dieselbe lässt in einigen seltenen Fällen die violette Färbung der Schleimhaut des Scheidengrundes erkennen; einmal eine graue Färbung. Nonat glaubt, dass dies Symptom den subperitonealen Hämatocelen eigenthümlich sei. Wie dem auch sei, dies Zeichen ist selten, ein Umstand, der wenig mit der Häufigkeit der subperitonealen Geschwülste stimmt, wie sie dieser Arzt annimmt. Ich habe diese Färbung zweimal beobachtet. (Beob. 7, 32.)

Bei der Exploration durch das Rectum findet man dass dasselbe comprimirt ist; man kann hierdurch vielleicht die Verstopfung und die Schwere im After erklären, über welche die Kranken klagen. Die Geschwulst liegt dem Darm genau an und präsentirt sich hier mit dem schon angeführten Charakter, Lage, Grösse, Consistenz u. s. w. Selten kann man durch die Mastdarmexploration die obere Gränze der Geschwulst bestimmen.

Untersuchung des Uterus. — Der Uterus nimmt stets, sei es durch Structurerkrankung, sei es durch Veränderung seiner normalen Lage an der Beckenaffection Theil.

Der Cervix findet sich niemals in seiner normalen Stellung. Dieselbe ist in 31 Beobachtungen näher bezeichnet.

24 Mal war der Mutterhals nach vorn gegen die hintere Fläche der Schaambeine gedrängt;

5 Mal nach rechts abgewichen,

1 Mal nach links,

1 Mal nach abwärts gesunken.

Ich habe in meinen Beobachtungen die Entfernung des Halses von der Scheidenöffnung notirt; in allen Fällen betrug sie höchstens 6 und wenigstens 4 Centimeter; nämlich 2 Mal 4, 1 Mal 6 und 3 Mal 5 Centimeter. Auch die normale Entfernung variirt zwischen 4 und $6^1/_2$ Centimeter. Bisweilen ist der Hals gegen die hintere Fläche der Schaambeine abgeplattet; in anderen Fällen gelangt der Finger nur mit Schwierigkeit zum Grunde eines Blindsacks, eines curvenartigen Canals, der vorn durch die Schaambeine und hinten durch die von der Geschwulst zurückgedrängten Vaginalwandungen begränzt wird. Der äussere Muttermund ist häufig etwas grösser, das Gewebe des Cervix in gewissen Fällen weich, er scheint unbeweglich, in seiner neuen Lage fixirt. Die Stelle, welche der Uteruskörper einnimmt, lässt sich meistens gar nicht bestimmen.

In zwei Fällen, die ich beobachtet habe, (Beob. 5 und 31.) konnte ich durch die Palpation der Unterbauchgegend erkennen, dass der Fundus Uteri zwischen zwei seitlichen Geschwülsten eingezwängt war und namentlich in der Beob. 5 hatte der Körper des Organs noch einen Monat nach dem Verschwinden der Geschwulst eine Stellung behalten, die mir gestattete ihn oberhalb der Schaambeine zu fühlen. In den anderen Beobachtungen nahm der Uterus, wenn die Geschwulst sich bedeutend verkleinert hatte, seine normale Lage wieder ein.

Das Emporsteigen des Uterus wird von Prost als ein pathognomonisches Zeichen einer subperitonealen Haematocele retrouterina angesehen, indessen hat Nonat, dessen Ansicht Prost zu geben behauptete, sie entschieden als seine Anschauungsweise dementirt. [3])

Was, wie ich glaube, zu der Annahme einer solchen Erhebung geführt hat, ist die Möglichkeit den Fundus Uteri durch die Palpation über den Schaambeinen zu fühlen; aber es scheint mir nicht nothwendig dafür eine an-

3) Nonat, Société de médecine de Paris. — Gazette hebdomadaire, Juni 1854.

dere Ursache aufzusuchen, als das Nachvorngedrängtsein der Gebärmutter. Existirte dieses Emporsteigen wirklich, so würde der Gebärmutterhals für den Finger fast unerreichbar sein, und wir haben gesehen, dass dies keineswegs der Fall ist.

Störungen der Verdauungsorgane. — Im Beginn hat die Kranke Uebelkeit, bisweilen galliges Erbrechen; diese beiden Erscheinungen variiren übrigens sehr, je nachdem die Krankheit akut oder subakut ist. Anfangs fehlt der Appetit, aber er kehrt nach einigen Tagen wieder.

In allen Fällen, die ich beobachtet habe, schien mir der sehr intensive Durst jener tiefen Anämie zugeschrieben werden zu müssen, in welche die Kranken verfallen sind.

Stets beobachtet man Tympanitis. Constipation ist eines der constantesten Zeichen; diese beiden Symptome bestehen noch lange Zeit nach dem Verschwinden der Geschwulst fort. Die Kranken der Beob. 5 und 16 klagten noch darüber, die erste drei Monate, die zweite fünf Monate nach der Heilung. Ich glaube mit Broussais, dass die Verstopfung Anfangs von der Abnahme der Contractilität der Muskelfasern, einer Art Paralyse abhängt, die, wie bekannt, die Entzündung des Bauchfells begleitet. Später, wenn jede Spur von Geschwulst verschwunden ist, lässt sich wohl eine Art Trägheit des Rectum annehmen, die ihren Hauptgrund in dem fortwährenden Gebrauch von Lavements während der Dauer der Affection, in jener besonderen Neigung der Frauen zur Verstopfung und in dem vorausgegangenen entzündlichen Zustand hat.

Was die Retention von Gasen im Dickdarm betrifft, so glaube ich, dass sie von den eben angeführten Ursachen und von der fehlerhaften Lage und Richtung des Rectum und der flexura iliaca, die miteinander und dem Dünndarm und den Beckenorganen verwachsen sind, abhängt.

Unter 23 Beobachtungen ist 20 Mal Stuhlverstopfung angegeben, 3 Mal war der Stuhlgang leicht.

Die Kranken leiden viel an Tenesmus, den ich 6 Mal angeführt finde.

Dysenterie. — Ich hatte selbst Gelegenheit, dies Symptom zu beobachten, das ich sonst nirgends erwähnt finde. Die Kranken der Beob. 4, 31 und 34 wurden von

Dysenterie befallen, die während ihres Aufenthalts im Hospital auftrat. Bei der ersten zeigten sich die Symptome derselben 9 Tage nach dem Beginn der Affection und dauerten fünf Tage; bei der zweiten traten sie 2½ Monat nach dem Beginn auf und dauerten einen Monat.

Bei diesen Kranken schien mir die Dysenterie eine grosse Rolle in der Raschheit zu spielen, womit das Extravasat resorbirt wurde.

Bei der ersten hatte sich die Geschwulst fünf Tage nach dem Beginn der Dysenterie auffallend vermindert, bei der zweiten 18 Tage nachher. Die Dysenterie schien mir in diesen Fällen zur Heilung beizutragen. Die Functionen der Beckengefässe erwachen, wenn ich mich dieses Ausdrucks bedienen darf, gleichsam aus dem Stupor in den sie durch das Blutextravasat versenkt waren. Die Circulation belebt sich, die Resorption wird thätig und führt die ergossene Flüssigkeit wieder in die Blutmasse über. Ist es eine Metastase oder eine Revulsion, was hier unter den Augen des Beobachters vorgeht? doch wohl das letzte, die Thatsache steht aber fest und schien mir interessant genug um nicht übergangen zu werden. Seit der Veröffentlichung meiner These hat auch Oulmont dieses Symptoms bei zwei an Haematocele retrouterina leidenden Kranken Erwähnung gethan. [4])

Ein Einwurf drängt sich hier natürlich auf, ob nämlich der durch den After entleerte blutige Schleim nicht aus der in das Rectum geöffneten Geschwulst komme? Die Antwort ist leicht; wäre die Geschwulst in den Mastdarm geborsten, so würde das aus dem After entleerte Blut schwarz, russfarbig sein, während dies durchaus nicht der Fall ist, und überdies die Section der an einer gangränösen Entzündung des Gesässes gestorbenen Frau (Beob. 31) constatirt hat, dass keine Communication der Cyste mit dem Mastdarm stattfand.

Die Harnentleerung bleibt gleichfalls nicht normal; der Harn ist roth, blutig gefärbt, was von dem Blut herrührt, welches die grossen Schaamlippen benetzt, und ruft bisweilen

4) Oulmont, Société médicale des hôpitaux de Paris, April 1858.

ein Gefühl von Brennen hervor. Blasenkrampf ist sehr häufig, er wurde in 13 Fällen bemerkt. Die Kranken haben 10 bis 20 Mal in 24 Stunden das Bedürfniss zu uriniren; denn die Harnblase kann sich nicht ausdehnen, der Raum, den ihr der selbst dislocirte Uterus lässt, ist zu klein, um die Anhäufung des Urins zu gestatten. 6 Mal wurde Urinretention beobachtet, der Canal der Urethra findet sich in der That gegen die Symphyse der Schaambeine angedrückt und abgeplattet wie der Gebärmutterhals selbst. Von 23 Fällen, in denen der Harnentleerung Erwähnung geschieht, zeigte dieselbe nur zweimal nichts Abnormes.

Die unteren Extremitäten sind bisweilen der Sitz von Schmerzen, welche dem Verlauf des Crural- oder Ischiadischen Nerven folgen, ferner von Eingeschlafensein und Oedem, alles Erscheinungen, welche die Seite befallen, an der auch die Beckengeschwulst am stärksten ist. Die Schmerzen entstehen entschieden durch die Compression der Nerven durch die Geschwulst, sie werden 4 Mal erwähnt; Oedem habe ich zweimal beobachtet. (Beob. 30. 31.) Die Compression durch die Geschwulst, namentlich wenn sie sich in harte Massen umgewandelt hat, ist wohl ausreichend, um ein Hinderniss für den venösen Kreislauf zu bilden.

Die Lage der Kranken wird fast in keiner Beobachtung angeführt; die meisten von mir beobachteten Kranken verharrten in der Rückenlage und konnten die sitzende Stellung durchaus nicht vertragen. (Beob. 3, 4, 5, 7, 16, 32 und 33.) Die Ursache scheint die Peritonitis im Beginn und unmittelbar die Schmerzen zu sein, welche durch die geringste Bewegung hervorgerufen werden.

Die Allgemeinerscheinungen stehen im Verhältniss zu dem mehr oder minder akuten Auftreten der Affection, sie erreichen gleich im Beginn ihre grösste Intensität.

Schüttelfröste, Hitze der Haut, Kleinheit und Häufigkeit des Pulses bis zu 120 Schlägen in der Minute, Unruhe, Angst, Prostration sind die hervorstechendsten Symptome. Rasche Entfärbung der Haut tritt schon in der ersten Zeit auf; die Gesichtsfarbe wird bleich, meistens mattweiss, bisweilen strohgelb, dem Aussehen der Krebskranken sich nähernd. Die Kranke der Beob. 5 wurde z. B. von einem unaufmerk-

samen Beobachter für krebskrank gehalten. Auch Nélaton hat dies schon hervorgehoben.

In 25 Fällen ist die Farbe der Haut angegeben; sie war 19 Mal bleich oder mattweiss; 6 Mal strohgelb.

Auch die Schleimhaut der Augenlider und Lippen ist meistens anämisch.

Diese Entfärbung der Haut tritt sehr rasch nach den ersten Zufällen ein. Von meinen Kranken hatten sie vier vor ihrem Eintritt in das Hospital den folgenden oder zweiten Tag nach dem Beginn der Affection selbst bemerkt. Auch die Gesichtszüge verändern sich rasch, erscheinen contrahirt und drücken Angst aus.

Die Kranken bleiben inmitten ihrer Leiden bei vollkommenem Bewustsein; nur einmal wurde Coma beobachtet. (Beob. 6.)

Fassen wir das Bild der Haematocele retrouterina noch einmal kurz zusammen, so gleichen die Symptome ganz im Beginn einer Peritonitis nach Perforation mit innerer Blutung. Ein Anfangs heftiger Schmerz, der durch den geringsten Druck, durch die leiseste Bewegung vermehrt wird, seinen hauptsächlichen Sitz in der Beckenhöhle hat, sich bei jeder Katamenialperiode steigert und während der ganzen Zeit der Krankheit fortdauert, bisweilen mit einem sehr erschöpfenden Gefühl von Druck und Schwere im After verbunden; dann entdeckt die Kranke oder der Arzt das Vorhandensein einer Geschwulst, die, schon in den ersten Tagen entstanden, eine Hervortreibung über den Schaambeinen bildet, mehr oder weniger hoch gegen den Nabel sich hinauf erstreckt, gewöhnlich auf der rechten Seite des Hypogastrium umfangreicher ist, als auf der linken und sich vorn bis in die fossae iliacae ausbreiten kann. Die Geschwulst giebt bei der Percussion einen matten Ton; während der ersten Tage ist sie weich, fluctuirend, später wird sie unregelmässig, von ungleicher Dichtigkeit, bisweilen kann sie dann wieder fluctuirend werden. Man fühlt dieselbe bei der Untersuchung durch die Vagina, wie sie den Gebärmutterhals nach vorn drängt, hinten das Rectum plattdrückt, die, selten violett gefärbten, Wandungen der Scheide stark spannt, meistens den unteren Becken-

raum genau ausfüllt und im Durchschnitt bis auf 5 Centim. von der Schaamspalte vordringt.

Der Gebärmutterhals ist gleichfalls etwa 5 Centim. von der Schaamspalte entfernt, und stark gegen die hintere Wand der Symphyse angedrückt.

Dabei sind Stuhl- und Harn-Entleerung mehr oder weniger beschwerlich; Tenesmus der Blase, Verstopfung häufig.

Die Allgemeinerscheinungen sind die einer Peritonitis: Uebelkeit, Erbrechen, Frost, heftiges Fieber, Abdominalpulsation, facies hippocratica, und zugleich hiermit eine rasch eintretende Entfärbung der Haut, die eine mattweise Farbe bekommt.

Achtes Capitel.

Verlauf. — Dauer. — Ausgänge.

1. Die nicht abgekapselten Blutextravasate.

Ihr Verlauf ist ein sehr stürmischer. Der Tod trat in allen Fällen in weniger als 12 Stunden ein. (vid. oben.)

2. Haematocele retrouterina.

Der Verlauf ist verschieden; bald beginnt die Affection mit grosser Heftigkeit, bald sind die Symptome die einer subakuten Krankheit.

Die Geschwulst erreicht beinahe in allen Fällen fast gleich im Anfang ihren grössten Umfang; binnen einigen Tagen bildet sich in der Bauchhöhle eine Masse meist von der Grösse eines Kindskopfes. Diese Raschheit der Bildung und der beträchtliche Umfang scheinen mir viel zu Gunsten der Idee zu sprechen, dass alle Hämatocelen intraperitoneale sind. Wie sollte man sich auch denken, dass das Peritoneum in so kurzer Zeit abgelöst oder durch das Blutextravasat ausgedehnt werden könnte? Aber es weist auch der ganze Verlauf mehr auf den intraperitonealen Sitz hin.

In der That zeigten die meisten meiner Kranken während ihres Aufenthalts im Hospital Exacerbationen, die in Schüt-

telfrösten, Schweiss, Hitze, frequentem kleinem Puls, sehr lebhaften Leibschmerzen bestanden, eine Reihe von Erscheinungen, die den Entzündungen der serösen Häute und namentlich des Peritoneums eigenthümlich sind.

In einigen seltenen Fällen vergrösserte sich die Geschwulst während des Aufenthalts im Hospital, und diese Vergrösserung fiel dann, wie man bemerkte, mit einer Katamenialperiode zusammen. Doctor Gallard führt ein Beispiel hiervon an, das indess, ich wiederhole es, eine Ausnahme von der Regel ist. Denn meistens zeigt sich unmittelbar nach der Entstehung in der Geschwulst eine Tendenz zur Verkleinerung. Sie wird hart, von ungleicher Dichtigkeit; die Fluctuation und Nachgiebigkeit verlieren sich nach und nach, das Blut scheidet sich in Gerinnsel und Serum, das letztere wird resorbirt, während die Coagula erst später verschwinden.

Allein in gewissen Fällen wird das Fibrin nicht resorbirt, es verändert sich; flüssiges von dem entzündeten Peritoneum geliefertes Exsudat vermischt sich mit dem extravasirten Blut, und es entsteht daraus ein schwärzlicher viscöser Brei, der sich mit verdünntem Russ, Melasse und Johannesbeergelée vergleichen lässt.

Im ersten Fall zeigt die Geschwulst eine grosse Tendenz zur spontanen Resorption; doch ist die Zeit, welche die Natur zur Heilung gebraucht, gewöhnlich sehr lang. Wir fanden noch einen Kern von Induration nach acht Monaten (Beob. 5) und 6 Monaten (Beob. 16.).

Im zweiten Fall unterhält die pathologische Natur der Flüssigkeit die Entzündung in dem rectouterinen Sack und kann Verschwärung einer seiner Wände und spontane Entleerung bewirken.

Die Dauer der Affection ist sehr verschieden. In 10 Fällen von Heilung ist der Zeitpunkt derselben angegeben. Sie trat ein:

1	Mal	nach	6	Wochen,
2	„	„	3	Monaten,
2	„	„	4	„
2	„	„	6	„
1	„	„	8	„

In 10 tödtlichen Fällen trat der Tod ein:

3 Mal nach 3 Monaten,
1 „ „ 4 „
1 „ „ 8 „
1 „ „ 14 Tagen,
1 „ „ 10 „
1 „ „ 9 „
1 „ „ 4 „

Das tödtliche Ende ist im Verhältniss zu den Fällen von Heilung selten. Wenn der Arzt die Affection sich selbst überlässt, ist die Heilung fast die Regel; während die zur Entleerung der Flüssigkeit vorgenommenen Operationen häufig den Tod herbeigeführt und in einigen Fällen von Genesung sehr schwere Zufälle putrider Infection hervorgerufen haben.

Ueberlässt man die Sorge für die Heilung der Natur allein, so beobachtet man verschiedene Ausgänge:

1. Die Resorption der Geschwulst.
2. Die Entleerung der Flüssigkeit durch das Rectum.
3. Die Oeffnung des Heerdes in die Vagina.
4. Den Erguss der Flüssigkeit in den frei gebliebenen Theil der Bauchhöhle.
5. Die Suppuration des Blutheerds.

1. Die Resorption der Geschwulst.

In den 25 Fällen, in denen keine Kunsthülfe stattfand, kam die Resorption 15 Mal zu Stande. Die Zeit, in der die vollständige Resorption stattfand, ist siebenmal angegeben.

2 Mal nach $1^1/_2$ Monaten,
3 „ „ 4 „
1 „ „ 6 „
1 „ „ 8 „

Die Resolution der extravasirten Flüssigkeit geschieht auf ganz eigenthümliche Weise. Die Masse, die anfangs nachgiebig und fluctuirend war, wird hart und weit entfernt, sich während der Katamenien zu vergrössern, wie man es theoretisch hätte erwarten sollen, nimmt sie vielmehr gerade in dieser Zeit ab, während sie in den Zwischenzeiten stationär bleibt. Die Rückbildung geschieht also nicht continuirlich, sondern in successiven Ansätzen, die den Katamenialperioden entsprechen. So habe ich, in Beob. 5, eine ansehnliche Ab-

nahme nach der ersten Menstruation bemerkt; nach der dritten eine neue Verminderung; nach der vierten war die Grösse der Geschwulst nicht mehr mit einem Apfel, sondern mit einem Hühnerei zu vergleichen; nach der sechsten Periode war sie auf die Grösse einer Nuss reducirt und verschwand dann in einigen Tagen ganz.

Denselben Verlauf beobachtete ich bei der Frau S . . . (Beob. 16); sehr beträchtliche Abnahme der Geschwulst nach der zweiten Katamenialperiode während ihres Aufenthalts im Hospital; nach der vierten Menstruation zeigt die Masse nur noch einen sehr geringen Umfang; nach der sechsten ist die Anschwellung völlig verschwunden.

Bei der Kranken C . . . (Beob. 32) verschwand die Geschwulst rasch nach der zweiten Katamenialperiode. Ebenso bei der W . . . (Beob. 34).

Man kann dies Zusammentreffen, glaube ich, in ähnlicher Weise erklären wie bei der Dysenterie. Die Menstruation ist von einer Blutwallung begleitet, welche die Resorption im Uterinsystem anregt und so die Resolution der Geschwulst begünstigt.

Zugleich mit der Abnahme der Geschwulst vermindert sich das Fieber, die Schmerzen verlieren ihre Heftigkeit; Harnentleerung und Defäcation werden leichter. Der Appetit kehrt zurück, die Haut bekommt wieder Farbe, die Lage ist auf beiden Seiten möglich, und die Kranke fühlt sich so rasch genesen, dass sie ohne den Rath des Arztes aufstehen würde. Die Kranke D . . . (Beob. 3) verliess, kaum von den ersten Zufällen geheilt, das Hospital, um ihre Handelsgeschäfte zu besorgen; sie erlitt einen sehr schweren Rückfall. In der Mehrzahl der Fälle ist dagegen die Resolution von keinen Zufällen begleitet, die Ruhe im Bett aber unerlässlich.

Warum wird die Geschwulst bei gewissen Kranken spontan resorbirt, während sie sich bei andern durch das Rectum oder die Vagina entleert? Ist im ersten Fall die peritoneale Entzündung mässig und wird dabei das Blut nicht in eine Masse von reizender Beschaffenheit umgewandelt, welche eine ulcerative Entzündung an einem Punkt des Sacks hervorruft? Die Frage ist nicht leicht zu entscheiden, ich sage nur, dass

in den Fällen von Resorption, die ich beobachtet habe, die Geschwulst bis zuletzt eine ansehnliche Härte behielt.

Becquerel hat in einer seit meiner Inauguraldissertation gehaltenen klinischen Vorlesung die Wahrheit der von mir ausgesprochenen Thatsache in Zweifel gezogen, nämlich, dass der Inhalt des retrouterinen Sacks, der in Resolution übergehen soll, eine gewisse Consistenz annimmt, die sich bis zur vollständigen Heilung gleich bleibt; aber es hat in der That bei den Kranken, bei denen ich die spontane Resolution beobachtet habe, die Geschwulst zum wenigsten 1 Monat und zum höchsten acht Monat eine harte Consistenz behalten, die sich auch nicht einen Augenblick verändert hat.

Die Beobachtungen 3, 4, 5, 15, 32 werden, hoffe ich, zeigen, dass meine Ansicht keine blosse Hypothese ist. Ferner wurde bei der Frau, die der Gegenstand der 31. Beobachtung ist, und die an einem gangränösen Abscess starb, die Geschwulst, die noch sechs Wochen nach dem Beginn hart war, im zweiten Monat weich und fluctuirend und die Section wies das Vorhandensein eines mit einem schwärzlichen Brei gefüllten Sacks und einer Ulceration an der Mastdarmwand der retrouterinen Höhle nach. Was kann man hieraus anders schliessen, als dass eine Geschwulst, die weich wird, nicht die Tendenz zur sofortigen Resorption, sondern zur Entleerung ihres Inhalts nach aussen hat, und dass die erste Bedingung für eine spontane Resorption eine sich gleichbleibende Härte der Geschwulst ist.

2. Entleerung der Flüssigkeit durch das Rectum.

Unter 27 Fällen, in denen die spontane Beendigungsweise angeführt ist, kam die Entleerung der Flüssigkeit durch den Mastdarm 6 Mal vor.

Einige Tage vorher (14 Tage, Beob. 30) steigert sich das Fieber von Neuem, die Haut wird brennend heiss, der Puls voll und frequent; Kopfschmerzen, heftige Koliken, Tenesmus erschöpfen die Kranke und lassen ihr keine Ruhe. Dann ergiesst sich aus dem After eine Flüssigkeit, welche eine Kranke mit Johannesbeergelée verglich. Der Ausfluss aus dem After geschieht anhaltend; schon nach einigen Stunden

(10 Stunden, Beob. 30) verkleinert sich die Geschwulst sehr merklich, das Fieber verschwindet und wenige Tage nach dem Beginn deş Ausflusses ist die Kranke völlig geheilt. (Beob. 30.)

Nicht immer geht aber die Sache so rasch, noch so glücklich.

So verlor die Kranke (Beob. 1) 14 Tage lang schwarzes Blut aus dem After und die Menge desselben konnte auf mehr als 4 Litres geschätzt werden.

In einem andern Fall (Beob. 21) nahm das Fieber zu, der Puls wurde klein, 120—130 in der Minute, die Kranke bekam Schüttelfröste, das Fieber nahm den hektischen Charakter an, die Züge entstellten sich, die Haut wurde erdfarben, die Leibschmerzen steigerten sich und der Tod erfolgte durch putride Infection, deren Entstehung man dem Eindringen von Gasen oder Fäcalmaterien in den retrouterinen Sack zuschrieb. Ein solcher Ausgang ist übrigens sehr selten; unter 5 Fällen von Entleerung durch das Rectum, die ich angeführt habe, trat der Tod nur einmal ein. Ausserdem liegt mir noch ein Fall von lethalem Ausgang vor, der in der Abtheilung Guérard's beobachtet wurde. [1])

Diese geringe Zahl von Todesfällen gestattet den Ausspruch, dass die Oeffnung des Heerdes in das Rectum nicht sehr zu fürchten ist.

Die aus dem After sich ergiessende Flüssigkeit (Beob. 1, 30) ist von sehr fötidem Geruch, was zur Annahme eines putriden Zustandes des Sacks verleiten könnte; aber es verhält sich hier ähnlich wie mit den Abscessen im Umkreis des Afters; die Nachbarschaft des Rectum theilt dem Blut der Hämatocelen wie dem Eiter der Abscesse einen widerlichen Geruch sui generis mit.

3. Oeffnung des Heerdes in die Vagina.

Unter den gesammten 27 Fällen kam die Entleerung durch die Scheide 3 Male vor. (Beob. 17, 18 und 30.) Der Ausgang war in allen Fällen glücklich.

---

[1]) Gazette des hôpitaux, 8. März 1856.

Der Oeffnung in die Scheide gingen bei der Kranken der Beob. 17 Uebelkeiten, Erbrechen, Fieber und Schmerzen voraus, in den Beobachtungen 18 und 36 wurde keine krankhafte Erscheinung beobachtet. Es ergiesst sich aus der Scheide schwarzes, viscöses Blut in verschiedener Menge; in einem Fall nahm die Geschwulst danach sehr rasch ab; in dem andern entleerte sich der retrouterine Sack in zwei verschiedenen Anfällen.

4. Erguss der Flüssigkeit in den bis dahin frei gebliebenen Theil der Bauchhöhle.

Unter den 27 Fällen ist dieser Ausgang 4 Mal angegeben; der Tod war die unmittelbare Folge der Extravasation in die Bauchhöhle; dieser Zufall trat ein:

1 Mal 4 Monat nach dem Beginn der Affection,
1 „ 3 „ „ „ „ „ „
1 „ 14 Tage „ „ „ „ „
1 „ 10 „ „ „ „ „ „

Der Erguss der Flüssigkeit ruft eine höchst akute Peritonitis hervor, wie das Blutextravasat im Beginn der Krankheit; nur dass im ersten Fall der Tod die Regel, im letzten eine Ausnahme ist. Das durch den langen Aufenthalt in dem Sack zersetzte, meist mit Eiter vermischte Blut wirkt aber reizender, wie ein fremder Körper, auf die seröse Haut und bedingt eine viel schwerere Entzündung derselben. Ausserdem scheint sich, wenn die Ruptur des Sacks in den Theil der Peritonealhöhle eintritt, welchen das Blutextravasat und die Entzündung im Anfang verschont hatten, das Gleichgewicht im Organismus nicht so rasch wieder herstellen zu können, die tiefen Spuren der Krankheit bleiben im Organismus haften, und die Frau besitzt nicht Reactionskraft genug, um einen so furchtbaren Zufall zu überwinden.

5. Ausgang in Eiterung.

Er tritt selten ein, ist aber von übeler Prognose und macht ein unmittelbares chirurgisches Einschreiten nothwendig.

Die Eiterung kündigt sich an durch einen Schüttelfrost, der sich täglich zu derselben Stunde wiederholt, oder es treten selbst mehrere Frostanfälle an demselben Tage ein. Auf den Frost folgt etwas Hitze. In der Zwischenzeit ist die Kranke agitirt und hat anhaltendes Fieber. Die Geschwulst ist der Sitz lebhafter Schmerzen, die nach den Schenkeln und der Lendengegend ausstrahlen; sie hat eine weiche Beschaffenheit angenommen und lässt undeutliche Fluctuation fühlen. Ueberlässt man jetzt noch die Affection sich selbst, so kann die Entzündung des Sacks die Ulceration einer seiner Wandungen und die Entleerung der Flüssigkeit durch die Scheide oder das Rectum oder in den noch frei gebliebenen Bauchfellraum hervorrufen.

Der Verlauf der Hämatocele ist hiernach meistens ein rascher; die Resolution geschieht häufig in successiven Ansätzen, die mit den Katamenialperioden zusammenfallen; die Dauer beträgt im Mittel 4 Monat; die Heilung ist fast Regel, wenn man sich von chirurgischen Eingriffen fern hält, und die Geschwulst wird resorbirt oder entleert sich durch Rectum oder Vagina. Es ist selten, dass sie sich in den noch freien Bauchfellraum öffnet oder purulent wird.

Neuntes Capitel.

Diagnose.

1. Die freien Blutextravasate der Beckenhöhle.

Das stürmische Auftreten der Zufälle, die Gleichzeitigkeit derselben mit der Menstruation, die furchtbaren Schmerzen im Abdomen, die Auftreibung des Leibes, der Singultus, das Erbrechen, das Sinken der Temperatur und die rasche Entfärbung der Haut, die Ohnmachten, der äusserst kleine und weiche Puls sind Zeichen, die meistens hinreichen werden, um eine Beckenblutung zu diagnosticiren; allein man muss bekennen, dass diese Diagnose bisweilen von solchen Schwierigkeiten umgeben ist, dass sie auch von den sorgfältigsten Beobachtern nicht überwunden werden konnten. Eine der Schwierigkeiten der Diagnose liegt in der Ausbreitung des Blutextravasats über die ganze Bauchhöhle; so dass es selbst bei den entschiedenen Zeichen einer inneren Hämorrhagie fast unmöglich ist, zu bestimmen, aus welchem Organ das Blut stammt.

Andererseits haben der stürmiche Verlauf der Zufälle, die Leibschmerzen und das Erbrechen bisweilen den Verdacht einer Vergiftung erregt und in der That lässt hier das Studium der Symptome im Stich, und die anamnestischen Daten, die allein Aufklärung geben könnten, bleiben meistens unbekannt.

2. Die Hämatocele retrouterina.

Die Diagnose der Haematocele retrouterina gründet sich auf die gewöhnlich grössere Reichlichkeit des Katamenialflusses, das Verhältniss zwischen dem Beginn der Affection und der Menstruation, die meistens abnorm ist, den raschen Verlauf der Zufälle, ihre Aehnlichkeit mit denen einer Peritonitis, die enorme und rasche Entwickelung der Geschwulst, den fast augenblicklich anämischen Zustand, die Stellung des Gebärmutterhalses, der nach vorn gedrängt ist, das Vorhandensein einer Geschwulst hinter dem Uterus, und den Charakter der Schmerzen, den die Kranken mit dem der Wehen vergleichen. Die Raschheit der Zufälle stimmt mit den Vorgängen bei einer Peritonitis in Folge von Perforation überein.

Die rasche Entwickelung der Geschwulst, die Uebelkeit, das Erbrechen zeigen an, dass ein Erguss von Flüssigkeit in die Bauchhöhle erfolgt ist.

Die plötzliche Anämie scheint mir zu beweisen, dass die ergossene Flüssigkeit Blut ist.

Ich glaube, dass man, wenn man sich auf diese pathognomonischen Symptome stützt, mit ziemlicher Sicherheit die Diagnose einer Haematocele retrouterina stellen können wird.

Das Studium der Anamnese und des Verlaufs ist hier wenigstens ebenso wichtig, als das der Localerscheinungen.

Ich glaube mich energisch gegen die Exploration punction erklären zu müssen, die bei der Kranken F . . . (Beob. 2) Zufälle von putrider Infection hervorgerufen hat. Wie viel andere Geschwülste haben sich in Folge der Anwendung solcher Methoden entzündet? Die Geschwülste nur durch Entleerung einer Portion derselben diagnosticiren, heisst die Kunst herabsetzen und die Krankenbeobachtung unnütz machen.

Die Aerzte wenden jetzt als diagnostisches Hülfsmittel die Uterussonde an. Man kann sich durch Einführung derselben durch die Gebärmutterhöhle überzeugen, dass die Beckengeschwulst nicht durch Vergrösserung des Uterus gebildet und von demselben unabhängig ist. Dies Mittel ist namentlich zweckmässig, um eine Haematocele retrouterina von

einer Retroflexion zu unterscheiden, und um eine durch Flexion des Uterus erzeugte Hämatocele zu diagnosticiren.

Vor der Untersuchung der Kranken muss man dafür sorgen, Blase und Mastdarm zu entleeren.

Diagnose der Ursachen.

Es ist dies eine der grössten Schwierigkeiten im Studium der Hämatocelen. Ich glaube indess, dass es möglich ist, in einigen Fällen die erste Veranlassung der Affection und die Quelle des Blutextravasates zu erkennen.

Varicen der Utero-Ovarien-Plexus als prädisponirende Ursachen der Ovarienhämorrhagien.

Ich betrachte dieselben, wohl verstanden, nicht als determinirende Ursachen, weil die Ruptur eines Varix in das Innere der Peritonealhöhle plötzlichen Tod bewirkt. Das Vorhandensein von Varicen der unteren Extremitäten, der Vulva und Vagina und von Hämorrhoiden kann allein auf diese Diagnose führen.

Ich habe bei einer Kranken (Beob. 16) Varicen an den unteren Extremitäten gefunden, welche die Eigenthümlichkeit zeigten, dass sie während der Regel anschwollen; bei einer andern (Beob. 2) habe ich erweiterte venöse Stränge in den Wandungen des Rectum gefühlt. Eine dritte (Beob. 5) hatte Hämorrhoidalknoten.

Die gewöhnlich grosse Reichlichkeit des Menstrualflusses, der sich bei diesen drei Kranken mit der Existenz von Venenerweiterungen verband, brachte mich auf den Gedanken, dass das Blutextravasat seine erste Veranlassung in einem varicösen Zustand der Ovarienvenen habe. Ein Ovarium, das auf einem varicösen venösen Netzwerk ruht, muss bei jeder Menstruation eine grössere Menge Blut durch Zerreissung des Follikels liefern und eine sehr günstige Bedingung für jenen hämorrhagischen Anfall bieten, der zur Erzeugung der Haematocele retouterina nothwendig ist.

Es scheint mir deshalb das gleichzeitige Vorhandensein von Varicen der unteren Extremitäten und der Scheide, von Hämorrhoiden und reichlicher Menstruation sehr für die Annahme dieser prädisponirenden Ursache zu sprechen.

Hämorrhagie der Ovarien. Das Vorhandensein von Schmerzen in den seitlichen Unterbauchgegenden vor dem Eintritt der Menstruation, sowie von Menorrhagien, die ein um das anderemal auftreten, die Localisation dieser Schmerzen in einer Hälfte des Unterleibes, ihre grössere Heftigkeit jeden zweiten Monat und auf derselben Seite, vorausgegangene Schwangerschaften, und die Gegenwart von Varicen des Mastdarms und derjenigen unteren Extremität, die der am meisten schmerzhaften Seite des Hypogastriums entspricht, scheinen mir die Annahme zu rechtfertigen, dass das Ovarium das Organ ist, welches das Blutextravasat geliefert hat.

Rückfluss des Bluts aus dem Uterus in die Tuben und die Peritonealhöhle. — Die Flexion der Gebärmutter und gleichzeitige Geschwulst derselben, entzündliche Adhärenzen des Gebärmutterhalses, die Obstruction des äusseren Muttermundes durch ein Fibroid werden darauf hinweisen können, dass das Blut aus der Gebärmutterhöhle gekommen ist.

Hämorrhagien der Tuben. Ich glaube, trotz der entgegengesetzten Versicherung von Puech, dass es bis jetzt nicht möglich ist, die Diagnose derselben festzustellen.

Differentielle Diagnose. — Perimetritis. — Retro-uterin Abscesse.

Die Perimetritis, die, wie Bernutz und Goupil [1]) gezeigt haben, in den meisten Fällen eine partielle Peritonitis ist, und die retro-uterinen Abscesse können leicht mit der Haematocele retrouterina verwechselt werden.

Sie haben wie diese ihren Sitz in der Bauchhöhle und geben sich durch eine Geschwulst hinter dem Uterus und sehr heftige Schmerzen im Becken kund; in beiden Fällen bilden sich Verwachsungen zwischen den Darmschlingen und Beckenorganen; aber bei dem retrouterinen Abscess stehen die Zufälle nicht so häufig mit der Menstruation im Zusammenhang, treten nicht zugleich mit einer Metrorrhagie auf, und

[1]) Archives générales de médecine, 1857. Bernutz et Gaupil, Mémoire sur les phlegmons péri-utérines.

erreichen nicht gleich im Anfang ihre grösste Intensität; die Geschwulst hat sich nicht gleich im Beginn gebildet, die Haut nimmt nicht plötzlich das anämische Aussehen an; die anfangs harte Masse wird später weich und fluctuirend, während meistens das Gegentheil bei der Hämatocele stattfindet; die Allgemeinerscheinungen steigern sich, entgegengesetzt denen der Hämatocele, im Verlauf. Die retrouterinen Entzündungen und Abscesse sind sehr häufig Folgen einer Entbindung oder eines Abortus. Eine vorausgegangene Entzündung in irgend einem Punkt des Genitalienapparats spricht mehr zu Gunsten der letzteren.

Die Diagnose ist indess immerhin sehr schwierig; ich gebe hiervon einen Beweis, indem ich die Beobachtung einer Kranken mittheile, die mit retrouterinem Abscess behaftet war, welchen Professor Nélaton mit einer Haematocele retrouterina verwechselte. Wie zahlreich können unsere Irrungen sein, wenn selbst die Genauigkeit und Sicherheit in der Diagnose unsers theuren Lehrers bisweilen im Stich liessen. Gerade um diese Schwierigkeiten zu würdigen hat mich Nélaton veranlasst, diese Beobachtung zu veröffentlichen. [2])

Frau B., 39 Jahr alt, Tagelöhnerin, wird am 5. März 1857 in die Abtheilung von Professor Nélaton aufgenommen. Die Frau besitzt alle Anzeichen einer kräftigen Constitution und guten Gesundheit, sie arbeitet mit ihrem Mann, der Schreiner ist, und verfertigt wie er Dielen zu Fussböden. Seit zwei Monaten hat sie bemerkt, dass ihre Regel nicht so stark war, als gewöhnlich und seit acht Tagen empfindet sie ziemlich lebhafte Schmerzen, die sie mit dem Namen Kolik bezeichnet. Sie versuchte nichts desto weniger fortzuarbeiten, musste es aber am zweiten Tage aufgeben und sich niederlegen; sie nahm ein Bad, das sie nur wenig erleichterte; es wurde dann ein Arzt gerufen, der es aber mit nervösen Schmerzen zu thun zu haben glaubte und sich begnügte eine beruhigende Arznei zu verschreiben. Allein die Schmerzen, statt sich zu beruhigen, steigerten sich immer mehr, und die

2) Ich verdanke diese Beobachtung und die klinische Vorlesung Nélaton's der Gefälligkeit von Julius Bouger.

Kranke entschloss sich acht Tage nach dem Erscheinen der Schmerzen in das Hospital zu gehen.

Es ist eine Geschwulst im Abdomen vorhanden und wenn dieselbe erst seit acht Tagen besteht, so hat unsere Diagnose keinen grossen Spielraum, sie kann nur zwischen einer Haematocele retouterina und einer Perimetritis schwanken.

Studiren wir indessen die Thatsachen, die uns die directe Untersuchung liefert; bei der Vaginalexploration zeigt sich, dass der Gebärmutterhals dislocirt ist, ein Symptom, das man stets beobachtet, wenn eine Geschwulst hinter diesem Organ gelegen ist; er ist dann nach vorn gedrängt und mehr oder weniger der Symphysis pubis genähert; bisweilen selbst gegen die resistente Fläche, die durch diesen Theil des Beckengürtels gebildet wird, abgeplattet.

Rechts und links vom Cervix findet man nichts, aber hinter demselben ist eine Geschwulst vorhanden, die sehr tief hinter der hinteren Wand der Vagina, zwischen diesem Canal und dem Rectum nach unten steigt; beim Touchiren lässt sich bestimmen, dass sie 4—5 Centimeter unter die Insertion der Vagina an den Gebärmutterhals herabsteigt. Die Consistenz dieser Geschwulst ist die der Blutgeschwülste, sie zeigt eine eigenthümliche Weichheit, ist elastisch, mässig gespannt.

Bei der Palpation der regio hypogastrica findet man eine Geschwulst, die nicht völlig in der Medianlinie gelegen, sondern etwas nach links geneigt ist; und nach vorn von derselben einen harten rundlichen, genau umschriebenen Körper, den Fundus Uteri, der nach oben und vorn gedrängt ist; man kann leicht constatiren, dass es wirklich der Uterus ist, wenn man zugleich vom Hypogastrium und der Scheide aus untersucht.

Die Geschwulst selbst kann in gewisser Ausdehnung nach links und rechts bewegt werden, ohne dass die Bewegungen, die man ihr mittheilt, auf den Gebärmutterhals übergehen; es ist dieselbe Geschwulst, die man vom Hypogastrium aus hinter dem Uterus und durch die Scheide hinter der hinteren Vaginalwand fühlt.

Was ist diese Geschwulst? Ist sie eine Perimetritis?

In einer neueren Arbeit [3]) schreibt Bernutz die Entwickelung der Perimetritis partiellen Peritonitiden, sehr begränzten, umschriebenen Entzündungen des Bauchfells zu; die eigentliche periuterine Phlegmone würde nach ihm gar nicht existiren; er giebt an, zwei während des Lebens als periuterine Phlegmone diagnosticirten Fälle secirt und anatomisch untersucht zu haben, die nichts anders waren als partielle, umschriebene Peritonitiden.

Nélaton glaubt nicht, dass der vorliegende Fall hierher gehört. Die Zufälle zeigen einen andern Verlauf als wie er für jene Krankheit angegeben wird; bei dieser treten dumpfe Schmerzen, Schwierigkeit in der Bewegung auf; es zeigt sich eine Anschoppung, erst dann entwickelt sich die Geschwulst; aber alle diese Erscheinungen entstehen ziemlich langsam und nicht binnen acht Tagen, wie es unsere Kranke angiebt.

Hier ist vielmehr der Beginn ein sehr brüsker gewesen, die Schmerzen sind gleich anfangs mit grosser, fast unerträglicher Heftigkeit aufgetreten, welches man mehr bei der Haematocele retouterina beobachtet.

Diese Blutgeschwülste bilden sich in dem peritonealen Blindsack hinter dem Uterus; sie bestehen in einer Ansammlung von Blut, das von dem Ovarium geliefert wird. Ich habe in mehreren neuerdings beobachteten Fällen enorme Blutextravasate sich bilden und einen bedeutenden Umfang erreichen sehen, so dass sie selbst bis über den Nabel emporstiegen; in gewissen Fällen kann dies mit grosser Rapidität geschehen und die Kranken können in Folge der Reichlichkeit des Ergusses erliegen. Binnen einigen Jahren hat Tardieu in 5 Fällen von plötzlichem Tode profuse Hämorrhagien nachgewiesen, ohne dass sich Zerreissungen an der Oberfläche der Ovarien fanden. Einige dieser Kranken zeigen eine ausgesprochene gelbe Gesichtsfarbe, die der gleichen kann, welche man bei kachektischen Individuen beobachtet, so dass man durch das Vorhandensein dieses Zeichens, das bei grossen Blutverlusten vorkommt, zu irrigen Annahmen verleitet werden könnte.

---

3) Archives générales de médecine, Febr. 1857.

Welche Behandlung wollen wir bei dieser Kranken einschlagen? Augenblicklich ist nichts zu thun; seit ihrer Aufnahme in das Hospital hat sie Ruhe im Bett gehalten; die Schmerzen haben sich schon bedeutend vermindert; sie können selbst völlig verschwinden.

Die Frauen sind stets geneigt, zur Erleichterung ihrer Schmerzen Bäder zu nehmen; aber diese vermehren das Uebel eher, als sie es vermindern. Man kann hoffen, dass diese Frau genesen wird, wenigstens, wenn bei der nächsten Menstrualperiode sich keine neue Menge Blut ergiesst. Es ist noch ein anderer Ausgang bei unserer Kranken möglich, aber wenig wahrscheinlich: es bildet sich ein Coagulum in dem peritonealen Blindsack; die seröse Haut um denselben entzündet sich und es entsteht ein Erguss von Serum, das allmälig zunimmt und das man wegen der Schmerzen, die es veranlasst, häufig durch die Punction entleeren muss.

13. März. — Während der ersten Tage, wo die Kranke im Hospital war, verminderten sich die Schmerzen allmälig; aber seit 4 Tagen haben sie sich mit einer gewissen Intensität wieder gesteigert. Die Geschwulst scheint sich namentlich nach unten hin zu vergrössern.

Heute sind die Symptome sehr ausgesprochen. Der Uterus ist stark nach vorn und oben gegen die Symphysis pubis gedrängt; der Gebärmutterhals ist abgeplattet, es sind Beschwerden beim Harnlassen vorhanden in Folge des Drucks der Geschwulst auf den Blasenhals. Bisweilen treten drängende Schmerzen wie bei einer Geburt ein; so wie die Kranke diese Anstrengungen zum Drängen macht, sieht man den oberen Theil der Scheide herabsteigen und zwischen den äusseren Geschlechtstheilen erscheinen. Dies Symptom beobachtet man nur sehr selten.

Es giebt übrigens ein Zeichen, das von grosser Wichtigkeit ist, sich aber hier nicht findet, nämlich die bläuliche Färbung der Vaginalschleimhaut an der oberen Partie der hinteren Wand und gerade an dem Punkt, welcher der Geschwulst entspricht. Dieses Zeichen kann in gewissen Fällen fehlen, was von einer grösseren Dicke der Scheidenwandungen abhängt.

Nélaton zieht es vor, so viel wie möglich zu temporisiren

und diese Geschwülste nur im äussersten Nothfall zu punctiren, d. h. wenn die Schmerzen excessiv sind, oder wenn man fürchtet, dass die beträchtliche Ausdehnung der Geschwulst die Ruptur derselben in die Bauchhöhle oder den Mastdarm hervorrufen könne; denn in diesem letzten Fall können Gas oder Fäcalmaterien in den Sack eindringen oder sich in die Geschwulst infiltriren. — Die Kranke wird noch einige Tage in Ruhe gelassen. Da am 16. März die Schmerzen ausserordentlich heftig geworden waren, so macht Nélaton eine Punktion am oberen Theil der hinteren Vaginalwand, es fliesst eine grosse Menge Eiter heraus, und die Kranke fühlt sich unmittelbar erleichtert.

Am 17. März andauernde Besserung. Die Kranke verlässt das Hospital völlig geheilt.

Die eigentliche Perimetritis unterscheidet sich von der Haematocele, dass sie meistens nach einer Entbindung oder einem Abortus auftritt, dass ihr Verlauf ein ziemlich langsamer ist, dass die Geschwulst anfangs fest ist, später ödematös wird und sich erst nach einigen Tagen in einen Abscess verwandelt. Ausserdem nimmt die Anschwellung meistens die seitlichen und vorderen Partien ein; der Gebärmutterhals ist gesenkt und die Geschwulst ist bei der geringsten Berührung viel schmerzhafter als die Hämatocele.

Ovaritis. Mag die Ovaritis eine folliculläre, parenchymatöse oder peritoneale sein, (und meistens bestehen diese drei Formen zugleich) stets ist die Diagnose von der Hämatocele retouterina im Beginn ausserordentlich schwierig, namentlich wenn die Ursache der letztern eine Ovariencongestion ist.

Bei der Ovaritis sind in der That fast immer Menstruationsstörungen, Amenorrhoe oder Menorrhagie vorhanden; der Ovarienschmerz bleibt selten auf seinen Ausgangspunkt beschränkt, er verbreitet sich auf das ganze Hypogastrium; die Kranken haben ein Gefühl von Schwere im After. Indess ist es doch trotz der Identität dieser einzelnen Zeichen möglich, die beiden Affectionen zu unterscheiden.

Bei der Ovaritis beobachtet man nicht jenen rapiden Verlauf der Zufälle, wie bei den meisten Hämatocelen; ebensowenig die Entfärbung der Haut, das fast constante gleichzeitige Auf-

treten von Metrorrhagien, und wenn man bei der Ovaritis nach einigen Tagen eine hypogastrische Geschwulst entdeckt, so erreicht sie doch erst später den beträchtlichen Umfang der meisten Hämatocelen. Die Allgemeinerscheinungen nehmen bei der Ovaritis immer an Heftigkeit zu und zwar wegen der sie begleitenden Eiterbildung, während bei der Hämatocele eine progressive Besserung derselben fast die Regel ist.

Nichtsdestoweniger ist die Diagnose dieser beiden Affectionen sehr schwer; es giebt in der That einige Formen von Ovaritis die von follikulären und intraperitonealen Hämorrhagien begleitet sind. Einen Fall dieser Art hat Scanzoni mitgetheilt. [4])

Encephaloidgeschwülste. — Ich erwähne sie nur in historischer Beziehung, weil Nélaton, ehe er die Haematocele retrouterina genau erkannt hatte, die harten retrouterinen Massen für bösartige Geschwülste, für Encephaloide gehalten hatte. Der Verlauf der Affection, das Alter, die leichte Genesung, die Untersuchung der Geschwulst werden jetzt einen solchen Irrthum unmöglich machen.

Cysten des Ovariums. Ich lasse hier die Cystenhydropsien der Bauchhöhle bei Seite, die zu wenig bekannt sind, als dass man ihnen wirklich eigenthümliche Zeichen angeben könnte.

Die serösen Cysten des Ovariums geben sich meistens bis zu einem schon vorgerückten Alter, über die 40 hinaus, durch keine Symptome kund; man findet sie wohl bei jungen, an andern Krankheiten gestorbenen Frauen, aber sie sind gewöhnlich von zu geringem Umfange, um während des Lebens erkannt werden zu können. Die Ovariencysten entwickeln sich langsam, ohne merkliche Schmerzen; der Katamenialfluss hat fast stets abgenommen; bevor sie die ganze Bauchhöhle ausfüllen haben sie meistens die eine Hälfte mehr als die andere ausgedehnt; man kann das von Rostan angegegebene Zeichen nachweisen, sowie bei den rein flüssigen Geschwülsten Fluctuation. Ihr Wachsthum hat, so zu sagen, keine Gränzen. Die Vaginaluntersuchung ergiebt gewöhnlich nichts besonderes.

---

[4]) Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. p. 340.

Gewisse Ovariencysten, die namentlich von Paul Dubois dem älteren studirt sind, zeigen in Grösse und Sitz eine gewisse Analogie mit der Haematocele retouterina; sie fallen in den Douglas'schen Raum, den sie mehr oder weniger vollständig ausfüllen, und gehen hier Verwachsungen mit den breiten Mutterbändern, dem Uterus und den Darmschlingen ein. Der Tumor drängt den Uterus nach vorn, die Scheidenwandungen nach unten, kann oberhalb der Schaambeine gefühlt werden und ist der Sitz einer deutlichen Fluctuation. Aber die Kranken sind fast stets über 40 Jahr alt, die Affection hat sich gewöhnlich ohne schwere Krankheitserscheinungen, ohne Zufälle einer perakuten Peritonitis entwickelt, und sie zeigt die Tendenz täglich an Umfang zuzunehmen, ohne andere Symptome hervorzurufen als die der Compression und Störung der Functionen des Darmcanals.

Einen ähnlichen Weg müsste auch die Diagnose einschlagen, wenn es sich um eine derartige Geschwulst handelte, wie sie Boivin und Dugès abgebildet haben. [5]) Eine Cyste des Ovariums war im kleinen Becken eingeklemmt.

Die Hydatidencysten des Ovarium können gleichfalls in den Douglas'schen Raum fallen, in die Scheide vorragen und eine Geschwulst des kleinen Beckens bilden.

Diese Art von Cysten, die Doctor Charrot beschrieben hat, zeigen sich in der Vagina in der Gestalt von nachgiebigen fluctuirenden Geschwülsten, welche selten das Gefühl von Hydatidenzittern geben und die man bisweilen durch die Untersuchung über den Schaambeinen wiederfindet. [6])

Diese Cysten zeigen eine grosse Neigung sich in die benachbarten Schleimhautkanäle zu öffnen und sind zu einer gewissen Zeit ihrer Entwickelung der Sitz eines intensiven entzündlichen Vorgangs, der zur Austreibung der Hydatiden tendirt. Ich würde eine derartige Geschwulst durch die folgenden Charaktere unterscheiden: Die langsame Entwickelung der Hydatidencyste, und den Mangel an schweren Symptomen im Beginn; das meist vorgerückte Alter der Frauen, die Gleichzeitigkeit von Hydatidencysten in anderen Organen,

5) Maladies de l'Utérus, Atlas Taf. 39.
6) Société de biologie.

die Fortdauer der Fluctuation und Elasticität der Geschwulst und ihre Tendenz entweder stationär zu bleiben oder noch öfter sich zu vergrössern.

Tubo-Ovarien-Cysten. — Richard hat mit diesem Namen Geschwülste bezeichnet, welche sich durch Dilatation der Muttertrompeten bilden, die mit folliculären Ovariencysten communiciren, deren Inhalt bisweilen in die Tube und von da in den Uterus übergeht. Es besteht zwischen diesen Cysten und dem von Bernutz (Beob. I. seiner Abhandlung) erzählten Fall eine nahe Verwandtschaft. Zwei Blutgeschwülste der Ovarien, eine auf jeder Seite standen in Verbindung mit den Abdominalöffnungen der Tuben, so dass diese und die Ovariengeschwülste die Wandungen der beiden Blutcysten bildeten. Die einzige Verschiedenheit zwischen diesem anatomischen Befunde und den von Richard beschriebenen Cysten besteht in dem Inhalt der Geschwülste. Der langsame Verlauf der Affection, die Antecedentien und der Mangel einer retrouterinen Geschwulst scheinen mir ausreichend, um sie von der Haematocele retrouterina zu diagnosticiren.

Die Blutcysten des Ovariums zeigen dieselben Erscheinungen wie die serösen Cysten, wie ein von Dupuy [7]) 1857 in der Société de biologie vorgetragener Fall zeigt.

Extrauterinschwangerschaft. Die Geschwülste, welche von einer Extrauterinschwangerschaft abhängen, entwickeln sich nach und nach; die Gesundheit bleibt mehrere Monate lang gut, die Brüste schwellen an; man kann die Gliedmaassen eines Foetus wahrnehmen; die foetale Cyste liegt hauptsächlich in einer Seite des Beckens. Es giebt Fälle, wo man die Bewegung des Foetus entdecken, die Herztöne desselben hören kann.

Dieser diagnostische Irrthum ist von Huguier und Robert [8]) begangen worden. Der Foetus war todt; die Frau hatte seit dem Beginn der Schwangerschaft Symptome von Peritonitis gehabt. Die Untersuchung der Brüste war nicht geschehen, sie wäre indess nicht ohne Nutzen gewesen, da die

---

[7]) Comptes rendues de la Société de biologie. Paris 1858, 2e série. Bd. IV. p. 54.

[8]) Gallard, Bulletins de la Société anatomique, 1854.

Frau bis dahin unfruchtbar geblieben war. Die Geschwulst prominirte in der regio hypogastrica, wölbte sich in die Vagina vor und drängte den Gebärmutterhals nach vorn, kurz der Symptomencomplex war ganz so, dass Robert und Huguier trotz ihrer Erfahrung in derartigen Krankheiten glaubten, es mit einer Haematocele retrouterina zu thun zu haben.

Fibröse Geschwülste des Uterus. — Dr. Engelhardt [9]) führt in seiner These einen bei einer mit Haematocele retrouterina behafteten Frau begangenen diagnostischen Irrthum an, die von Professor Stolz für ein Fibroid in der hinteren Wand des Uterus gehalten wurde; bei einer späteren Untersuchung glaubte er, dass die fibröse Geschwulst eine Cyste enthalte. Die Entwickelung der Geschwulst, welche nach der Krankengeschichte 3 Wochen nach dem Beginn die Schaambeine überragte, die Heftigkeit der Schmerzen, die gleichzeitig vorhandene Amenorrhoe, die ungleiche Dichtigkeit der Geschwulst, die Unregelmässigkeit ihrer Oberfläche waren indess keine Erscheinungen, die gerade sehr für eine fibröse Masse sprechen.

Erweichte Fibroide. — Ich finde in den Comptes rendues de la Société de biologie von 1856 eine Beobachtung von Lecorché, die sich auf eine erweichte fibröse Geschwulst bezieht. Das Abdomen war sehr entwickelt, die Wände desselben gespannt, die Vorwölbung namentlich rechts vom Nabel sehr ausgesprochen. Die hypogastrische Geschwulst gab in ihrer ganzen Ausdehnung einen matten Ton; man bemerkte Fluctuation in derselben. Der Gebärmutterhals war abgewichen. Verschiedene Charaktere würden indess gestatten eine derartige Geschwulst von einer Haematocele retrouterina zu diagnosticiren.

Die 66 Jahr alte Frau war seit 30 Jahren krank. Es war ihr damals ein Uteruspolyp exstirpirt, seitdem hatte sie aufgehört menstruirt zu sein, ihr Leib war nach und nach ohne grosse Schmerzen stark geworden. Durch die Vaginaluntersuchung hatte man keine retrouterine Geschwulst wahrgenommen. Das Alter der Kranken, die Zeit des Beginns der Zufälle, der Mangel lebhafter Schmerzen, das negative Ergeb-

---

9) Thèse, Strassburg, 1858.

niss der Vaginalexploration würden ausreichende diagnostische Anhaltspunkte sein.

Retroversion und Retroflexion des Uterus. Ich theile im Folgenden einen diagnostischen Irrthum mit, wo eine Hämatocele für eine Retroversion des schwangeren Uterus gehalten wurde:

Frau von 32 Jahren, zum erstenmal im 21. Jahre menstruirt, nachdem sie 6 Jahre an periodisch alle 4 Wochen wiederkehrenden Schmerzen und Koliken gelitten hatte; selbst bis jetzt noch stets beschwerliche Menstruation.

Sie kommt wegen Suppression der Menses in das Hospital. Seit 3 Wochen wurde der Leib gespannt und sie litt an heftigen Koliken.

Jetzt sind Stuhl- und Harn-Entleerung sehr beschwerlich. Die Kranke ist genöthigt das Bett zu hüten; man wendet den Catheder und Lavements an. Nach Entleerung der Blase fühlt man hinter derselben eine glatte, runde, empfindliche, unbewegliche und schwer zu begränzende Geschwulst. Sie erhebt sich bis 3 Querfinger unter dem Nabel und scheint sich gegen die Vulva und das Rectum hin zu erstrecken. Bei der Vaginaluntersuchung fühlt man eine fluctuirende Halbkugel, der Cervix steht 2 Zoll über den Schaambeinen und ist schwer zu erreichen, die in die Gebärmutterhöhle eingeführte Sonde ist beim Herausziehen mit Schleim bedeckt. Man fühlt weder Gliedmaassen eines Fötus, noch hört man Placentargeräusch oder fötale Herztöne. Bei den sehr starken Schmerzen glaubte man leichte Contractionen in der Vaginalgeschwulst wahrnehmen zu können.

Die Diagnose wurde auf Retroversion des im fünften Monat schwangeren Uterus gestellt. Immer hartnäckigere Verstopfung, furchtbare Schmerzen, Erbrechen. Man führte einen Troiquart in die Scheide ein und punktirte die Geschwulst; es flossen in vollem Strahle $2^1/_2$ Litres flüssiges, schwarzes Blut aus. Alle Erscheinungen von Einklemmung hörten auf; aber nach zwei Tagen entwickelte sich eine intensive Peritonitis, welche die Kranke in drei Tagen fortraffte.

Bei der Section fand man den Uterus dilatirt, einen enormen von Pseudomembranen umgebenen und 1 Pfund Blut enthaltenden Sack zwischen dem Uterus und Rectum. Sehr intensive Peritonitis [10]).

Varicen des breiten Mutterbandes. Die bei einigen Frauen beobachteten Varicen des breiten Mutterbandes geben sich durch Symptome kund, die der Katamenialperiode eine kurze Zeit vorausgehen. Genau links oder rechts vom Uterus, häufiger jedoch links gelegen, erscheinen sie als weiche,

[10]) Mikshiks Studien zur Pathologie der Ovarien. Leipzig 1854.

fluctuirende, wenig voluminöse, höckerige Geschwülste, die sich bei aufrechter Stellung und dem Herannahen des Monatflusses vergrössern, bisweilen nach Aufhören des letzteren noch fortdauern und Erscheinungen von schmerzhafter Spannung und Schwere veranlassen, welche leicht der horizontalen Lage und der Anwendung von kalten Umschlägen binnen einigen Tagen weichen. Richet behandelte eine Dame, die schon Amussat und Velpeau consultirt hatte, und bei der dieses letzte Mittel den besten Erfolg hatte [11]).

Die geringe Heftigkeit der durch diese Art von Geschwülsten veranlassten Zufälle, ihr geringer Umfang, das Fehlen des Erbrechens, der Entfärbung der Haut, der schweren febrilen Erscheinungen und einer umfangreichen Geschwulst in der Scheide und über den Schaambeinen, die nur leichte Störung der Gesundheit, sowie der Nachweis von schon vorher vorhandenen Varicen der Scheide scheinen mir Charaktere, die ausreichen, um den Gedanken an eine auch noch so leichte Haematocele retrouterina abzuweisen.

Thromben des breiten Mutterbandes. — Es ist hier die Rede von gewissen Thromben, die ausserhalb der Schwangerschaft und des Wochenbetts auftreten und die mir, nach einigen klinischen Beobachtungen, mit der Haematocele retrouterina unter dem Namen Haematocele periuterina zusammengeworfen zu sein scheinen.

Gewisse Frauen werden in Folge eines Coitus oder stärkerer Anstrengungen von einer Geschwulst befallen, die genau auf einer oder auf beiden Seiten des Uterus, meistens jedoch auf der linken liegt, weich und teigig ist, einen verschiedenen Umfang von der Grösse einer Nuss bis zu der eines reifen Fötuskopfes hat und von selten sehr lebhaften Schmerzen begleitet ist, welche die Kranke nicht immer an das Bett fesseln und durch kalte Umschläge gemildert werden. Ein vorausgegangener Thrombus der Vulva oder Vagina, jene eigenthümliche Constitution, welche die Deutschen Venosität nennen, das gleichzeitige Vorhandensein von Varicen der unteren Extremitäten, des Afters oder der Scheide, die durchaus seitliche Lage der Geschwulst vom Uterus, die Gegenwart von gewundenen Sinuo-

11) Traité d'anatomie chirurgicale. Paris 1855. p. 736.

sitäten auf der Oberfläche derselben, welche durch erweiterte Venen gebildet werden, aber namentlich die Gutartigkeit der Allgemeinzufälle, der anscheinende Eintritt der Genesung nach einigen Tagen, scheinen mir den Gedanken an eine Hämatocele unmöglich zu machen, deren Symptome stets einen für das Leben der Kranken so drohenden Verlauf nehmen.

Retention von Fäcalmaterien. — Marotte [12]) hat einen Fall beobachtet, in dem eine Anhäufung von Fäcalmaterien ähnliche Localerscheinungen wie bei einer Haematocele retrouterina hervorgerufen hatte, die aber nach einem Abführmittel alsbald verschwanden.

Plastische Indurationen. — Wirklich schwer zu unterscheiden ist eine plastische Induration in Folge einer Hämatocele von einer ähnlichen Induration als Ausgang einer Entzündung. Man findet ziemlich häufig hinter dem Uterus und ihm anscheinend adhärirend kleine, harte, regelmässige, indolente Massen, höchstens von der Grösse einer Nuss, die sich durch keine besondere Erscheinung kund geben und deren Ursprung dunkel ist. Sind sie Reste eines Blutergusses oder einer Entzündung?

Der folgende ist z. B. ein Fall, wo die Diagnose der Ursache dieser Indurationen sehr schwer festzustellen ist.

Frau D... 32 Jahr alt, wurde am 30. Mai 1830 in das Hospital des Cliniques, in die Abtheilung Nélatons, bei dem ich damals Assistent war, aufgenommen.

Im Alter von 22 Jahren übersteht sie eine Entbindung, der 2 Monate lang anhaltende Verluste von flüssigem Blut und Schmerzen folgen, die in der rechten Hälfte des Hypogastrium sitzen.

Im 28. Jahre in Folge von Ermüdungen hypogastrische Schmerzen, die mit Koliken verglichen werden; Erscheinungen, die bis zum Augenblick, wo ich sie untersuchte, nicht aufgehört hatten.

Am 11. April 1856, 2 Tage nach der Cessation der Menstruation, Abgang von flüssigem Blut, der 8 Tage dauert.

---

12) Bulletins de la Societé médicale des hôpitaux de Paris, 24. Febr. 1858.

Am 20. April Abgang von zwei Coagulis von der Grösse einer Nuss und 3 Wochen lang Fortdauer eines röthlichen Ausflusses.

Bei der Untersuchung am 20. Mai klagte die Kranke über anhaltende Schmerzen in der Sacralgegend, über Kolikanfälle, ein Gefühl von Schwere im After und die Empfindung, als wenn ein fremder Körper die Defäcation hindere. Bei der Vaginalexploration fand ich den Cervix etwas nach vorn geneigt und hinter ihm oberhalb des hinteren Scheidenblindsacks eine kleine dem Uterus nicht adhärente Masse von der Grösse einer Nuss, die sehr hart und schmerzhaft war. Der Schmerz wurde mit Stichen verglichen.

Die Kranke blieb nur zwei Tage im Hospital; Nélaton hielt diese Geschwulst für eine Entzündung mit plastischem Exsudat, und beabsichtigte die Schleimhaut des hinteren Scheidenblindsacks mit dem Glüheisen zu cauterisiren, um eine resolutive Revulsion zu erzielen, wie die Erfahrung es ihm gelehrt hat.

Die folgende Beobachtung, obgleich sie ähnliche Symptome wie die der Hämatocele zeigt, scheint mir doch wegen des Zweifels, den die Anamnese rege machen muss, hier einen Platz zu verdienen.

Clotilde H... 30 Jahr alt, Leinwandhändlerin, liegt auf Nro. 34 des Saals Sainte-Claire, Abtheilung Dr. Oulmonts, Hospital Lariboisière, wo sie am 6. Sept. 1851 zugegangen ist [13]).

Die Kranke ist sehr intelligent, giebt genaue Antworten. Sie war mit dem 16. Jahre menstruirt, aber sehr unregelmässig bis zum 26. Jahre (Zwischenräume von 1 bis 2, selbst 3 Monaten zwischen den Katamenialperioden); die Regel dauerte drei bis vier Tage, war nicht sehr reichlich, das Blut blass. Während dieser zehn Jahre häufiges Herzklopfen, Dyspnoe, Schwäche, Schlaffheit, nicht selten Oedem der unteren Extremitäten. Seit dem 26. Jahr Menstruation stets regelmässig, reichlicher Ausfluss 6 Tage lang. Mit dem 17. Jahr verheirathet hat sie zwei Kinder gehabt, eins im achtzehnten und eins im zwanzigsten Jahr. Die erste Schwangerschaft und Entbindung waren sehr gut verlaufen.

Zwischen diesen beiden Schwangerschaften, etwa 14 Tage nach einer erschöpfenden Anstrengung, wurde die Kranke von heftigen Schmerzen im Abdomen ergriffen, hatte aber zu der Zeit keine Blutverluste;

13) Diese Beobachtung wurde mir von Heurtaux, Assistent der Abtheilung, mitgetheilt.

der Leib wurde voluminös, es trat Erbrechen und Fieber ein. Die Kranke erinnert sich nicht ob sie im Beginn der Krankheit einen Schüttelfrost gehabt hat. Sie musste lange das Bett hüten und die Reconvalescenz war lang und schwierig. Seit dieser Zeit ist der Leib stark geblieben, und sie hat an Reissen in der Lumbal- und Inguinal-Gegend gelitten.

Die zweite Schwangerschaft war beschwerlich; im fünften Monat, nach einer Anstrengung, lebhafter Schmerz in der rechten Seite. In Folge dieses Zufalls wurde die Kranke gezwungen in ruhiger Lage zu bleiben; sie fühlte drei Wochen lang keine Kindsbewegungen. Indessen verlief die Schwangerschaft bis zu Ende und die Kranke wurde von einem gesunden Kinde entbunden. Diess Kind starb im 11. Monat, das erste Kind ist vor 3 Jahren gestorben.

Seit der zweiten Schwangerschaft bekam die Kranke sieben bis achtmal den folgenden Zufall: bei einer Katamenialperiode hatte sie einen abundanten Blutverlust, der fünf, sechs oder sieben Tage dauerte, dann hatte der Ausfluss plötzlich ein Ende und es traten heftige Schmerzen im Hypogastrium, die in die Lumbar- und Inguinal-Gegend ausstrahlten, Fieber, Erbrechen und Verstopfung ein. Der Bauch war aufgetrieben, bei der Berührung sehr schmerzhaft. Die Kranke war dann gezwungen das Bett zu hüten und es 14 Tage bis 4 Wochen lang nicht wieder zu verlassen. Es wurden ihr Blutegel gesetzt, Bäder, Kataplasmen, einige Abführmittel verordnet, und allmälig verloren sich die Zufälle, liessen aber stets eine ausserordentliche Schwäche, Blässe und einen voluminösen und empfindlichen Bauch zurück. Die Kranke weiss nicht, ob im Abdomen eine Geschwulst vorhanden war.

Der erste dieser Anfälle trat ohngefähr 4 Wochen nach der Entbindung ein, der letzte kam vor zwei Jahren. Zwischen jeder Krankheit war eine freie Zwischenheit von 6 Monaten, einem Jahr oder mehr.

Seit dem 26. Jahr niemals eine bemerkenswerthe Unregelmässigkeit in der Menstruation, nur in den letzten sechs Monaten trat die Regel alle 14 Tage oder 3 Wochen ein, war 4 Tage lang sehr reichlich und dann die folgenden 4 Tage noch vorhanden, aber viel spärlicher. Die Kranke leidet an neuralgischen Schmerzen, namentlich des Kopfes, Oppression, Herzklopfen. Oft hat sie Oedem der Beine, Schwäche; gewöhnlich umschriebene Röthe der Wangen; das Blut ist in der letzten Zeit blasser geworden, fast beständiger fluor albus.

Die Katamenien waren zuletzt am 16. August erschienen, flossen reichlich bis zum 21ten; an diesem Tage stockte der Ausfluss plötzlich; es traten Schmerzen im Hypogastrium ein, denen bald Erbrechen, Agitation, Fieber folgte. Die Kranke hat seitdem das Bett gehütet.

6. Sept. Status praesens. Kein Fieber; normale Temperatur; natürlicher Ausdruck des Gesichts, etwas blasse Farbe. Rückenlage. Wenn sich die Kranke auf die eine oder andere Seite legen will, so hat sie ein Gefühl von Schwere oder selbst einen ziemlich lebhaften Schmerz

in beiden Hüftbeingegenden. Abdomen voluminös, elastisch; oberhalb des Nabels und in beiden Weichen lässt es sich leicht eindrücken, und an diesen Punkten ist der Druck nicht schmerzhaft. In der regio hypogastrica fühlt man eine rundliche oder vielmehr etwas ovale Geschwulst mit grösserem verticalen Durchmesser. Der obere Theil derselben erstreckt sich bis vier Querfinger unterhalb des Nabels, mit seinem unteren Ende senkt sie sich in das Becken. Ihre Consistenz ist gleichförmig, ziemlich fest; man kann die Geschwulst durch seitlichen Druck nicht verschieben; sie nimmt die Medianlinie ein und erstreckt sich von hier nach den Seitengegenden der regio hypogastrica, etwas mehr nach links. Ziemlich lebhafte Empfindlichkeit beim Druck.

Bei der Vaginaluntersuchung findet sich der Gebärmutterhals stark nach vorn und oben geschoben gegen den Schaambeinkörper anliegend und unbeweglich in dieser Stellung; er ist übrigens vollkommen gesund. Hinter ihm fühlt man eine rundliche Geschwulst, die eine bedeutende Vorwölbung in die Vagina bildet; sie überragt das untere Ende des Cervix etwa um 3 Centimeter, ist hart, von gleichmässiger Consistenz und erscheint durchaus als die Fortsetzung der hypogastrischen Geschwulst.

Harnentleerung sehr erschwert; hartnäckige Verstopfung. Die Kranke hat fast beständig die Empfindung, als wenn ein fremder Körper eben im Begriff wäre, aus der Vulva oder dem After hervorzutreten.

Seit acht Tagen etwas Schmerz im Verlauf der Cruralnerven. Kein Oedem der Unterschenkel. Schmerzen in der Lumbal- und Inguinal-Gegend, im oberen Theil der Oberschenkel, namentlich wenn die Kranke auf ist. Ueber ihre Geschwulst befragt, antwortet sie, dass sie von ihrer Existenz durchaus nichts wisse.

7ten. 15 Blutegel an die mittlere Partie des Hypogastrium; Kataplasmen; danach reichliche Blutung, Abnahme der Schmerzen am Abend.

8ten. Bad.

9ten. Nochmals 12 Blutegel; Kataplasmen.

10ten. Kein Stuhl seit 5 oder 6 Tagen. Ol. Ricin. 30 Grammes.

11ten. Noch Schmerzen beim Druck im Hypogastrium; 10 Blutegel, Bad. Am Abend befindet sich die Kranke besser, hat viel weniger Schmerzen.

13ten. Die Regel ist eingetreten (zwei Tage zu früh), aber ziemlich spärlich.

14ten. Die Regel stockte gestern Abend plötzlich ohne nachweisbaren Grund; seit dem Augenblick hat die Kranke wieder viel Schmerzen im Unterleibe. Weder Frost noch Erbrechen; Hitze und Unruhe die ganze Nacht. Heute Morgen Haut heiss, Puls beschleunigt (96 bis 100 Schl.). Abdomen sehr gespannt, beim geringsten Druck schmerzhaft, namentlich im linken Theil der Geschwulst; diese ist grösser als je, erstreckt sich bis zum Nabel. Bei der Vaginaluntersuchung dasselbe Ergebniss

wie früher. 10 Blutegel, Kataplasmen. — Abends. Bald nach der Visite ist aus der Vagina ein etwas blutiger Ausfluss eingetreten, der einige Stunden gedauert hat; die Kranke hat desshalb nicht gewagt ihr Bad zu nehmen. Es ist ein ziemlich ansehnliches Oedem des linken Unterschenkels vorhanden; Gefühl von Kälte, Ameisenlaufen seit der Zunahme der Unterleibs-Geschwulst.

Vom 18ten zum 29ten. Fortschreitende Besserung; der Leib wird immer weniger schmerzhaft; die Geschwulst verkleinert sich ziemlich rasch, weniger Beschwerden bei der Harn- und Stuhl-Entleerung, weniger Schwere im Becken, das Gefühl von einem fremden Körper viel geringer.

Am 29ten. Vaginaluntersuchung: Gebärmutterhals fast wieder in der normalen Stellung; hinter ihm fühlt man noch eine sehr deutliche Anschoppung, die indess durchaus keine solche Vorwölbung mehr bildet als früher.

Die Kranke klagt indess noch über die Lumbal- und Inguinal-Gegend, ausserdem hat sie Schmerzen im linken Bein. Diese Extremität ist auch noch der Sitz eines nicht unbeträchtlichen Oedems, von Ameisenkriechen, Kälte und schmerzhaften Wadenkrämpfen.

Ziemlich reichlicher fluor albus, stärker als vor der eigentlichen Krankheit.

10ten October. Die Kranke empfindet beim Gehen noch eine ausserordentliche Schwere und selbst Schmerzen in der Lumbalgegend, auch noch einige aber viel geringere Schmerzen im Hypogastrium und den Inguinalgegenden. Im linken Bein seit einigen Tagen weder Ameisenkriechen noch Oedem mehr; es ist nur noch etwas schwächer als das rechte geblieben. Alle drei bis vier Tage ein Stuhl, was bei der Kranken der gewöhnliche Zustand ist. Seit einigen Tagen ist auch die Harnentleerung ganz normal geworden.

Der Unterleib ist noch etwas stark, aber weich; im linken Theil des Hypochondrium noch etwas schmerzhaft; man fühlt keine Spur der Geschwulst mehr.

Vaginaluntersuchung: Gebärmutterhals uneben, hart, etwas voluminös, beim Druck schmerzlos. Er hat seine normale Stellung wieder eingenommen. Hinter ihm stösst man noch auf eine Anschoppung, welche die ganze Breite des Cervix einnimmt und sich selbst etwas seitlich über denselben hinaus erstreckt, sehr derbe und von vorn nach hinten etwa 3 Centimeter dick ist. Diese Anschoppung scheint mit dem Uterus verschmolzen, der in seiner Lage vollkommen unbeweglich ist. Die indurirte Stelle zeigt sich beim Druck nur wenig schmerzhaft.

14ten. Die Regel war am vorigenmal den 13. statt am 18. Sept. eingetreten; die Kranke bemerkt bis jetzt noch nichts von dem Erscheinen derselben, aber sie hat seit gestern etwas Schwindel, Schwere im Kopfe, etwas Schmerz im Hypogastrium, Erscheinungen, die bei ihr gewöhnlich den Eintritt der Menstruation anzeigen.

10ten. Die Kranke verlangt entlassen zu werden. Die Regel ist bis jetzt noch nicht erschienen.

Ich theile noch eine andere Beobachtung mit, die das Eigenthümliche hat, dass die Kranke vorher an einer Hämatocele gelitten hatte, die sich durch das Rectum entleert hatte. Die jetzige Krankheit ist eine mit Menstruationsstörungen complicirte Entzündung des Beckenzellgewebes.

Josephine D... 34 Jahr alt, Näherin, wird am 7. September 1857 in das Hospital Loriboisière, Abtheilung Oulmont's, aufgenommen. Sie ist von sanguinischem Temperament, kräftiger Constitution, ziemlich gross.

Zum erstenmal menstruirt im 16. Jahr. Menstrualfluss ziemlich reichlich, von drei bis vier Tagen Dauer, ohne Schmerzen im Hypogastrium oder der Lumbalgegend. Die letzte Menstruation trat vor 14 Tagen, acht Tage zu spät, ein.

Eine normale Schwangerschaft vor 13 Jahren, niemals Abortus.

Die Kranke ist sehr intelligent, giebt über Alles genaue Auskunft.

Vor sechs Jahren war sie wegen der folgenden Affection in das Hôtel de Dieu, Abtheilung von Louis, aufgenommen.

Die Regel war zehn Tage ausgeblieben, als, anfangs ziemlich mässige, Schmerzen im ganzen Hypogastrium auftraten; zugleich mit ihnen stellte sich eine sehr abundante Metrorrhagie ein, die drei Wochen dauerte. Die Schmerzen, die bis dahin erträglich gewesen waren, wurden sehr lebhaft, verbanden sich mit Erbrechen, sehr intensivem Frost und Prostration. Dem Frost folgte Hitze, Agitation, und diese febrilen Erscheinungen dauerten 6 Wochen. Die Kranke sagt sehr entschieden, dass Louis ihre Affection als Peritonitis bezeichnet habe. Die Behandlung bestand in der Application von Blutegeln, Kataplasmen, Bädern, Mixturen und Pillen, deren Beschaffenheit sie nicht weiter anzugeben vermag.

Einige Tage nach dem Beginn der Krankheit bemerkte Louis gegen seine Schüler, dass im Unterleibe zwei Geschwülste von der Grösse eines Eis vorhanden seien, die bei der Berührung sehr schmerzhaft und zu beiden Seiten des Uterus gelegen seien (die Kranke giebt auch genau die Stelle an). Etwa sechs Wochen nach Beginn der Affection öffneten sich die Geschwülste in das Rectum, und die Kranke entleerte eine grosse Menge schwarzen, schmierigen, mit eiteriger Jauche gemischten Bluts. Diese Dejectionen dauerten etwa 14 Tage fort. Vom ersten Tage an beobachtete Louis, dass sich die hypogastrischen Geschwülste sehr verkleinert hatten, und machte seine Assistenten auf die Natur der entleerten Flüssigkeit aufmerksam.

Die Kranke verliess das Hospital etwa $2^1/_2$ Monat nach ihrer Aufnahme, noch mager und sehr schwach; und erst fünf bis sechs Monate nachher war sie völlig wiederhergestellt; sie hatte aber seitdem ein beständiges schmerzhaftes Ziehen im Unterleibe, namentlich während der Katamenialperiode. Endlich vor drei Monaten begann die gegenwärtige Affection. Es war damals durchaus keine Unregelmässigkeit in der Menstruation vorhanden, keine Unvorsichtigkeit, keine Excesse im Coitus begangen.

Etwa zehn Tage nach Ablauf der Menstruation stellten sich Koliken ein, die, anfangs ziemlich vage, sich später in der regio hypogastrica, namentlich links, localisirten.

24 Stunden nach diesem Beginn liess ein Arzt 18 Blutegel auf den mittleren Theil des Hypogastrium setzen; kaum waren sie gesetzt, so trat eine profuse Metrorrhagie ein und dauerte zehn Tage; das Blut war theils flüssig, theils coagulirt.

Kein Frost noch Erbrechen, aber fortwährende Hitze, Agitation; keine Schweisse, Neigung zu Verstopfung (ein Stuhl alle vier bis fünf Tage), während der ganzen Zeit Appetitlosigkeit, Durst, sehr lebhafte Schmerzen in der linken Seite der Beckenhöhle; Schmerzen und Ameisenkriechen im linken Bein nach dem Verlaufe des nerv. ischiad., Gefühl von Kälte in demselben; kein Oedem. Lungen und Herz normal.

Seit einem Monat ist der Appetit normal, die Verdauung gut, der Stuhlgang beinahe regelmässig geworden. Die Kranke ist die ganze Zeit bettlägerig geblieben. Wenn sie auf sein will, hat sie viel Schmerzen im Unterleib, der Lumbalgegend und dem linken Bein.

Vor fünf Wochen ist sie in die Pitié, Abtheilung Marrotte's aufgenommen und hier 12 Tage geblieben; man hat ihr Bäder und Kali hydrojod. verschrieben.

Status praesens. Gesicht natürlich, Ausdruck gut; beträchtliche Blässe; durchaus kein Fieber, Puls von 76 bis 80, Haut kühl, nicht das geringste blasende Geräusch am Herzen oder den Cacotiden.

Leib von normaler Grösse, weich; keine Schmerzen im ganzen Abdomen, ausser in der linken Hälfte der regio hypogastrica, wo man jedoch weder eine Geschwulst noch Härte fühlen kann.

Vaginaluntersuchung: Der Gebärmutterhals ist nach rechts verschoben, etwas gross und weich, an seiner linken Seite, in der Höhe des breiten Mutterbandes fühlt man eine sehr harte und bei der Berührung schmerzhafte Geschwulst von der Grösse eines Putereis; an der Spitze derselben bemerkt man ein mit dem Arterienpuls isochrones Klopfen, aber diese Pulsationen bestehen in einer einfachen Erhebung; es ist keine Expansion in der ganzen Ausdehnung der Geschwulst vorhanden. Die Harnentleerung macht etwas Schmerz in der linken Weiche.

9. Sept. Derselbe Zustand. Nachts etwas Schlaf. — 15 Blutegel in die linke fossa iliaca; Kataplasmen; Bouillon.

10ten. Die Blutegel haben gut geblutet; Schmerzen in der Seite geringer; — Kataplasmen, Lavement; eine Portion.

11ten. Derselbe Zustand; 5 Blutegel, Bad.

12ten. Die erst in acht Tagen erwartete Regel hat heute zu fliessen begonnen. Etwas Schmerz in der Lumbal- und Inguinal-Gegend, wie auch sonst bei der Menstruation.

17ten. Seit gestern hat die Regel aufgehört, es fliesst nur noch eine röthliche Flüssigkeit in geringer Menge ab.

25ten. Allgemeinbefinden befriedigend. Wenn die Kranke auf ist, hat sie stets Schmerzen im Rücken und Unterleib. Bei der Vaginaluntersuchung nur geringe Abnahme der Geschwulst; dieselbe Consistenz. — Alle drei bis vier Tage ein Bad. Kataplasmen.

4. Oct. Die Kranke nimmt an Kräften zu, aber der locale Zustand bleibt derselbe.

13ten. Die Regel ist heute gegen Mitternacht ohne besondere Erscheinungen eingetreten, die Kranke hat nur wie immer während der Menstruation Schmerzen in der Lumbal- und Inguinal-Gegend.

19ten. Entlassen. Die Regel hat gestern aufgehört, ihre gewöhnliche Dauer gehabt. Geschwulst unverändert.

Zehntes Capitel.

Sitz der Haematocele retrouterina.

Ist die Hämatocele stets intraperitoneal?

Nélaton hat von Anfang an behauptet, dass diese Geschwülste ihren Sitz in der Peritonealhöhle hätten. Die Beweise, auf die er schon zuerst seine Ansicht gründen konnte, sind die folgenden:

1. Die Beobachtung einer an Hämorrhagie, im Hospital Saint Louis, Abtheilung Malgaigne's, gestorbenen Kranken [1]).
2. Die Beobachtung von Denonvilliers [2]).
3. Die von Monod [3]).
4. Die von Bernutz [4]).

Die Ansicht Nélaton's wurde seitdem von Laugier, Denonvilliers und einem seiner Schüler, Fénerly getheilt, und, wie ich früher gezeigt habe [5]), sprechen alle Sectionen zu Gunsten derselben.

Seitdem hat Oulmont der Société médicale des hôpitaux de Paris zwei anatomische Präparate vorgelegt, die den intraperitonealen Sitz der beiden Geschwülste zeigten.

---

1) Gazette des hôpitaux, 1851, p. 578.
2) Bulletin de la Société de la Chirurgie 1851.
3) Gazette des hôpitaux, 1851, p. 579.
4) Mém. sur la retent. etc. — Archives de médecine 1848.
5) Thèse, 1858, Tableaux analytiques.

Die meisten Sectionen haben diese anatomische Thatsache bestätigt, und wenn bei einigen die entzündlichen Veränderungen und fibrinösen Producte Zweifel erregen konnten, so ist zum wenigsten niemals entschieden nachgewiesen, dass die Geschwulst unter dem Peritoneum lag.

Ist sie ausschliesslich extraperitoneal?

Diese früher von Viguès aufgestellte Ansicht ist später von dem Verfasser selbst als irrig zurückgenommen worden, ich werde desshalb nicht näher darauf eingehen.

Giebt es intra- und extra-peritoneale Hämatocelen?

Zu dieser Ansicht bekennen sich mehrere Aerzte, wie Huguier, Nonat, Robert, Becquerel und Verneuil. Ein Schüler Nonat's, Prost hat in seiner These[6]) die Unterscheidungszeichen der beiden Arten von Geschwülsten angegeben:

„Wenn sie subperitoneal sind, so ist der Uterus nach dem Hypogastrium zu in die Höhe gehoben, wenn sie intraperitoneal sind, so hat er sich gesenkt."

Um diess diagnostische Zeichen festzustellen, hätte, was vom Verfasser nicht geschehen ist, die Entfernung des Gebärmutterhalses von der Schaamspalte gemessen werden müssen. Ich habe diese Entfernung bei acht Kranken aufgezeichnet.

Sie war 3mal 6 Centim.
— 2 — 5 —
— 2 — 4 1/2 —
— 1 — 4 —

Im normalen Zustande variirt aber die Entfernung von 4 1/2 bis zu 6 1/2 Centim. Es besteht also zwischen dem Minimum der Entfernung bei den acht Kranken und dem Minimum im physiologischen Zustande nur eine Differenz von 1/2 Centimeter, worauf man unmöglich eine Classification wird gründen wollen.

Ueberdiess, wenn der Uterus in Fällen der subperitonealen Geschwulst in die Höhe stiege, so würde man ihn über

6) Thèses de Paris 1854.

den Schaambeinen fühlen müssen, aber in den Beobachtungen 7 und 32, die Nonat und Prost gewiss als subperitoneale Hämatocelen gelten würden, weil der Fundus der Scheide eine violette Färbung zeigte, war der Uteruskörper nicht über die Schaambeinfuge emporgetreten.

Wenn bei der Kranken (Beob. 7) die Hämatocele subperitoneal gewesen wäre, so weiss ich mir nicht zu denken, wie sich das Peritoneum in einer so grossen Ausdehnung hätte ablösen können.

Ferner zeigen die Symptome der Haematocole retrouterina und ihr Verlauf mehr als einen gemeinschaftlichen Charakter mit der hämorrhagischen Peritonitis, wie sie Valleix beschrieben hat.

Prost hat zur Stütze seiner und Nonat's Ansicht vier Beobachtungen beigebracht [7]).

In der ersten (die der 28jährigen, an Cholera gestorbenen Frau B.) handelte es sich ohne Zweifel um eine Ovariencyste, die von einer retrouterinen Entzündung begleitet war.

Die zweite (Frau V.. 35 Jahr alt) ist ein Fall von Thrombose während der Entbindung.

Die dritte (Frau B. 31 Jahr alt) ist als intraperitoneale Hämatocele veröffentlicht.

Die vierte (Frau Leclerc, 35 Jahr alt) ist entschieden ein Fall von Haematocele retrouterina, die aber Prost für extraperitoneal erklärt. Ich lasse die Hauptpunkte der Section folgen, auf die er seine Ansicht gründet.

Verwachsungen des Rectum, der flexura iliaca und des Uterus mit der Geschwulst. Die Gebärmutter ist an ihrer vorderen Fläche wie incrustirt. In die Geschwulst öffnen sich zwei Blutcysten des Ovariums. Sie hat ihren Sitz in dem Zellgewebe, das sich an der hinteren Fläche des Uterus findet.

Aber zwischen dem serösen Bauchfellüberzuge der hinteren Uterinwand und dieser selbst ist kein eigentliches Bindegewebe vorhanden, wie mir noch Lefort, Assistent der Anatomie an der Faculté de Médecine, der auf meinen Wunsch diesen Punkt speciell untersucht hat, entschieden versichert

---

7) Thèses de Paris, 1854.

hat. Prost wird wahrscheinlich die fibrinösen Entzündungsproducte für Zellgewebe gehalten haben, und so wird man auch die einzige Beobachtung, die derselbe als Beispiel einer extraperitonealen Hämatocele citirt, zu den in der Serosa enthaltenen Geschwülsten zu zählen haben.

Nonat hat kürzlich seine Ideen über die Hämatocele bei einer Discussion in der Société de médecine du département de Seine[8]), die bei Gelegenheit von Duparcques Referat über meine These sich erhob, weiter auseinandergesetzt. Von vornherein erklärte er, dass sein Schüler, Herr Prost, zu weit gegangen sei, wenn er erklärt habe, dass bei der subperitonealen Hämatocele der Uteruskörper höher, bei der intraperitonealen tiefer stehe. Er hat also meinen Zweifel über den Werth dieser Angabe bestätigt, den von seinem Schüler angegebenen diagnostischen Zeichen hat er noch andere hinzugefügt.

„Bei der extraperitonealen Hämatocele liegt die Geschwulst dem After sehr nahe, von dem sie nicht mehr als 3 Centimeter entfernt ist."

Die Entfernung des peritonealen Blindsacks zwischen Scheide und Rectum wird nun freilich von Lisfranc, Sanson, Malgaigne und Richet auf 11 Centimeter angegeben; andere schätzen sie dagegen viel geringer; Velpeau nimmt als Mittel 4 bis 6 Centim. an und Legendre fand bei Durchschnitten an gefrorenen Leichen die folgenden Entfernungen:

einmal 4 Centim. 8 millim.
— 7 Centim.
— 7½ Centim.

Die Entfernung ist demnach sehr verschieden, und die von 3 Centim., welche Nonat bei einigen Kranken fand, könnte desshalb in die Reihe gehören, welche Legendre als das Minimum der Entfernung notirt hat. Denn bedenkt man, dass beim Einführen des Fingers in das Rectum die Gewebe zusammengeschoben werden müssen, so kann wohl eine Geschwulst, die in Wirklichkeit 4½ Centim. vom After entfernt ist, als nur 3 Centim. von demselben entfernt erscheinen.

Als ferneres Zeichen giebt dieser Arzt die violette Fär-

8) Gazette hebdomadaire, Juni 1858.

bung des Scheidengrundes an. Aber einmal ist dieses Zeichen sehr selten, und dann dürfte die Färbung nicht bloss aus zerstreuten marmorirten Flecken bestehen, wie es meistens der Fall ist, sondern müsste, da das Blut wie beim Thrombus der Vagina alle Wandungen derselben infiltriren würde, gleichmässig violett sein. Jene blauen, ekchymotischen Flecke in der Schleimhaut der Scheide habe ich zweimal bei Frauen, die gar nicht an Hämatocele litten, während der Menstruation beobachtet, und glaube desshalb, dass sie, wo sie bei derselben vorkommen, von dieser abhängig sind.

Ausserdem hätten doch einige Sectionen den extraperitonealen Sitz der Hämatocelen mit Entschiedenheit darthun müssen. Das ist aber nicht der Fall, nicht eine hat ihn zweifellos nachgewiesen.

So wird in der Krankengeschichte, die mir von Silvestre mitgetheilt ist (Beob. 8), angegeben, dass Voillemier, das Präparat vor Augen, unentschieden blieb, ob die Geschwulst intra- oder extra-peritoneal sei. In einem anderen noch merkwürdigeren Fall, dessen Einzelnheiten mir von Dr. Tarnier mitgetheilt sind, wurde das anatomische Präparat von Dr. Gaube der Société de chirurgie und der Société anatomique vorgelegt; alle stimmten darin überein, dass die Hämatocele eine subperitoneale sei; aber Gaube und Tarnier untersuchten nach ihrer Rückkehr in das Hospital das Präparat von Neuem und waren nicht wenig erstaunt das Peritoneum unterhalb der Geschwulst zu entdecken. Alle hatten eine Faserstoffmembran für die Peritonealhülle gehalten; ebenso wie in einem von Piogey[9]) beobachteten Fall die anfangs für das Peritoneum erklärte Umgebung der Geschwulst später als eine Faserstoffschicht erkannt wurde.

Kurz keine Thatsache hat bis jetzt zweifellos den extraperitonealen Sitz der Hämatocele dargethan; dagegen haben zahlreiche Sectionen nachgewiesen, dass sie in der Peritonealhöhle enthalten waren.

---

[9]) Viguès, Thèse 1850, Beob. 3.

Elftes Capitel.

Anatomische Veränderungen.

1. Die freien Blutextravasate.

Die aussere Haut ist durchweg blass, der Bauch aufgetrieben, namentlich in der regio hypogastrica.

Nach Incision der Bauchwände ergiesst sich eine beträchtliche Menge dunkelen, flüssigen Bluts. Der ganze Darmcanal ist von Gas ausgedehnt und schwimmt auf einer Masse geronnenen Bluts, die sich in die Beckenhöhle hinab erstreckt. Die Abdominalorgane sind häufig von Gerinnseln bedeckt; die Därme zeigen dann bläuliche Flecke, und in dem Fall von Lechaptois schien das Mesenterium von Blut infiltrirt. Die Menge der Coagula und des flüssigen Bluts betrug oft gegen 4 Pfund.

Nach Entfernung des Bluts findet man gewöhnlich den Ausgangspunkt desselben; dieser war

in 6 Fällen das Ovarium (Pelleton, Scanzoni, Neumann, Dreck, Hufeland, Puech);

in 4 Fällen ein Ovarienvarix (Ollivier, Fleischmann, Leclerc, Depaul);

in 2 Fällen der Uterus (Brodie, Schuh);

in 4 Fällen eine Muttertrompete (Fauvel, Pollard, Scanzoni, Pauli);

in 4 Fällen wurde wegen Fehlens anatomischer Veränderungen eine Blutexhalation aus dem Peritoneum angenommen (Lechaptois und Tardieu [1]).

---

[1]) Annales d'hygiène, 2e série. Paris 1854. Bd. II. p. 157.

„Uns sind zwei Fälle von eigenthümlichen Blutextravasaten im kleinen Becken vorgekommen, die sich hinter dem Uterus bei zwei jungen Frauen entwickelt hatten, die nicht bei einer Conception und ohne dass ein Versuch zum Abortus vorlag, von dieser Affection befallen, und so rasch hingerafft waren, dass bei beiden der Verdacht auf Vergiftung rege wurde und die gerichtliche Untersuchung veranlasste, ohne dass eine andere Ursache, als die von uns oben angeführte, nachgewiesen werden konnte."

Die erste Frau war seit drei Wochen verheirathet. Nach dem Geständniss des Ehemannes konnte die Krankheit Excessen im Coitus zugeschrieben werden.

Die zweite war eine junge Jüdin, die plötzlich, in Folge von Excessen im Coitus mit Studenten, befallen wurde und starb.

Eine dritte Frau, deren Section Tardieu seitdem gemacht hat, starb nachdem sie von ihrem Mann einen Fusstritt auf die linke Hüfte erhalten hatte.

Tardieu hat in diesen drei Fällen die Ovarien untersucht und nichts gefunden, das die Hämorrhagie erklären könnte; sie hing nach ihm von einer Blutexhalation von der Innenfläche der Beckenhöhle ab.

Beschaffenheit der Organe, aus denen die Blutung erfolgte.

Ovarien. — In den Fällen, wo das Ovarium die Quelle der Blutung ist, ist dasselbe geschwollen und zeigt einen Nuss- bis Hühnerei-grossen, violetten, schwärzlichen mit coagulirtem Blut gefüllten und an einer Stelle der freien Oberfläche zerrissenen Sack. In zwei Fällen ist angegeben, dass es gangränös und zur Hälfte zerstört war (Beobb. von Hufeland und Luton).

Uterinschleimhaut. — Man findet im Uterus sowie in den Tuben flüssiges Blut. Der Uterus ist voluminös, seine Höhle erweitert. Ein leichter Druck auf seine Wandungen bewirkt den Austritt einer Menge von Blutröpfchen.

Schleimhaut der Tuben. Im Verlauf der Tube findet sich meistens eine etwa Taubenei-grosse gewöhnlich violette oder schwärzliche mit Blutgerinnseln gefüllte Geschwulst. An

irgend einem Punkt ist dieselbe zerrissen und der Riss von coagulirtem Blut verlegt. In anderen Fällen ist die Tube nicht geborsten, sondern einfach durch eine dickliche, bräunliche, der im kleinen Becken ähnliche Flüssigkeit ausgedehnt.

Subovarielle Varicen. — Die Venen derselben Seite sind von coagulirtem Blut ausgedehnt, haben sämmtlich etwa die Dicke einer Schreibfeder und zeigen mehrfache Einschnürungen in ihrem Verlauf. Sie sind von entschieden varicöser Beschaffenheit; an einer solchen Vene bemerkte man in einem Fall eine umschriebene Rissöffnung. Die Wände des Varix sind so innig mit dem serösen Blatt, welches das ligamentum latum überzieht, verwachsen, dass sich das Blut in die Bauchhöhle ergiesst.

In den übrigen Organen findet man natürlich die Beschaffenheit wie bei anderen inneren Verblutungen, Leere der venösen Gefässe und Blässe der Gewebe.

2. Haematocele retrouterina.

Ausser der Entfärbung der Haut zeigt das Aeussere der Leiche meistens nichts Besonderes. Selten entdeckt man eine Anschwellung des Bauches.

Der oberhalb des Nabels befindliche Theil des Peritoneum ist ausser einigen Adhärenzen mit dem Darm gewöhnlich normal. In den Fällen, wo die Verwachsungen, durch welche die Geschwulst abgekapselt war, zerrissen sind und die Flüssigkeit sich in den bis dahin frei gebliebenen Theil der Bauchhöhle ergossen hat, findet man bei der Section die Zeichen einer sehr intensiven Entzündung, flockiges Exsudat, welches die Eingeweide überzieht und die Darmschlingen mit einander verklebt, und eiterförmiges Serum.

In der Höhe der oberen Beckenöffnung sieht man Zellgewebeartige Stränge von verschiedenem Sitz, welche einzelne Punkte des Visceral- und Parietalblatts des Peritoneums mit einander verbinden. In einem Falle fand sich vier Queerfinger über der Symphysis Pubis ein Strang, der sich fast direct von vorn nach hinten erstreckte (Beob. 31). Dieser Strang hatte die Consistenz des Zellgewebes, war von der Dicke einer Schreibfeder, glatt an der Oberfläche und war einerseits

an der vordern Bauchwand, etwas rechts von der Mittellinie, andererseits an den verschmolzenen Rand des Mesenteriums am unteren Theil dieser Duplicatur angeheftet.

Die Blase steht gewöhnlich oberhalb der Schaambeine; hinter derselben findet sich der Uterus, dessen Lage meistens Veränderungen erlitten hat, häufig ist er um seine Axe gedreht; bald zeigt er sich etwas vergrössert, bald hat er seinen normalen Umfang behalten. Nach hinten von dem Uterus bestehen Verwachsungen zwischen dem hinteren und oberen Theil seines Körpers, dem Rectum, einem Theil der flexura iliaca, einer oder mehreren Schlingen des Dünndarms, den beiden breiten Mutterbändern und dem hinteren Umfang der oberen Beckenapertur. Man findet also die Höhle des kleinen Beckens an ihrer Basis durch eine Art Decke geschlossen. Die Geschwulst öffnet man am besten von ihrer hinteren Wand aus, indem man das Rectum etwas nach links trennt. Man gelangt dann in eine Höhle, die vorn von der hinteren Wand des Uterus und einem oder beiden breiten Mutterbändern, oben von einem Theil des Rectum, der flexura iliaca, einer oder mehreren Schlingen des Dünndarms und dem Coecum, sämmtlich durch bindegewebsartige Adhärenzen verschmolzen, hinten durch den Mastdarm und den hinteren Theil der Beckenhöhle, seitlich von den Seitenwandungen dieser Höhle, unten von der Ausstülpung des Peritoneum zwischen Uterus und Rectum begränzt wird. Die Wände der Höhle haben eine verschiedene Dicke je nach der Menge der Faserstoffschichten, von denen sie ausgekleidet sind; in einem Fall Récamiers war die Dicke beinahe 1 Centim. Der Sack wird durch bindegewebsartige Adhärenzen in zahlreiche Fächer geschieden. In zwei Fällen (Beob. 28 u. 31) war die Höhle durch einen Strang, der die hintere Wand des Uterus und das Rectum mit einander verband, in zwei Hälften getheilt, eine Communication existirte nur etwas oberhalb des uterorectalen Blindsacks.

Alle im kleinen Becken enthaltenen Organe sind durch solche Zellgewebsstränge unbeweglich geworden. Tuben und Ovarien sind in ihrer abnormen Lage fixirt und inmitten der Entzündungsproducte vollständig verschwunden. Bisweilen sind selbst die Ovarien nicht mehr zu erkennen; in ei-

nem Fall konnte nur ein Ovarium entdeckt werden (Beob. 31). Hat sich die Flüssigkeit durch Rectum oder Vagina einen Weg nach aussen gebahnt, so findet man die Spuren ulcerativer Vorgänge und einen Gang mit unregelmässigen, sinuösen Wandungen, der aus dem retrouterinen Sack in die Vagina oder das Rectum führt.

Die Höhle hat eine verschiedene Capacität und enthält bald mehr oder weniger organisirte Gerinnsel, bald eine schwärzliche, an einzelnen Punkten grauliche, meistens dem verdünnten Russ ähnliche, bisweilen chocolatefarbige, stets sehr viscide Flüssigkeit. In einem Fall fand Bernutz inmitten derselben ein Stückchen Knorpel [2]).

Die Flüssigkeit zeigt unter dem Mikroskop zahlreiche meistens entfärbte Blutkörperchen von gewöhnlicher runder Form und zackigen Rändern, sie sind beim ersten Anblick schwer zu erkennen [3]). Lebert fand in einem von ihm selbst beobachteten Fall keine Hämatoidinkrystalle. Der Farbstoff der Blutkörperchen hatte sich zu Kugeln vereinigt. Anhäufungen derselben hatten sich mit Membranen umgeben und bildeten Hämatinkugeln. Bei der Frau in Beob. 31 fand mein College und Freund Heurtaux in einer Flüssigkeit, die mit blossem Auge schwärzlich grau erschien, unter dem Mikroskop folgende Bestandtheile:

1. Weissliche oder gelbliche Fetttropfen.
2. Kugelige, noch ganze oder in unregelmässige Fragmente zerfallene, mit Fetttropfen angefüllte Zellen (Gluge'sche Kugeln), von 0,010 — 0,025^{mm} Durchmesser.
3. Einzelne amorphe Hämatoidinfragmente.
4. Zwei vierseitige Krystalle, einen mit zugespitztem Ende, wahrscheinlich phosphorsaure Ammoniak-Magnesia.
5. Einige geschrumpfte, in ihrer Form veränderte, aber noch gefärbte Blutkörperchen.
6. Endlich eine ziemlich grosse Zahl kleiner schwarzer Massen von eckiger Form und sehr verschiedenem Durchmesser, offenbar aus einer Veränderung des Blutfarbestoffs hervorgegangen.

---

2) loc. cit. Beob. I.

3) Lebert, Anatomie pathologique générale, p. 74. Taf. V. fig. 4.

Die Tuben sind bisweilen in ihrem ganzen Verlauf oder einfach an ihrem Abdominalende ausgedehnt, und öffnen sich in diesem letzten Fall in das Innere des Sacks.

In anderen Fällen sind die Tuben und Ovarien mit einander verwachsen und bilden so die Wände kleiner mit einer schwärzlichen Flüssigkeit gefüllter Höhlen, die mit der Höhle hinter dem Uterus in Communication stehen.

Die Erweiterung des Abdominalendes der Tuben ist neuerdings als ein diagnostisches Zeichen der tubären Hämorrhagie angesehen worden, so dass dieselbe durch die Anhäufung des Bluts im Innern entstanden sein würde. Diese Erklärung scheint mir nicht richtig, ich glaube vielmehr, dass die Tube in dem Zustand, wie sie sich bei dem Eiaustritt findet, nämlich dem Ovarium anliegend, gleichsam von der Blutung überrascht wird. Tritt dieselbe nämlich in einem solchen Zeitpunkt ein, so bleibt die Muttertrompete entweder durch Blutcoagula oder durch Entzündungsproducte in ihrer Stellung fixirt.

Der folgende ist ein Fall, wo die Tube dem Ovarium anliegend gefunden wurde; es handelte sich um eine Metritis[4]).

Eine Frau, die kürzlich in einer frühzeitigen Periode abortirt hat, wird von einer Entzündung des Uterus und des Peritoneums befallen, der sie erliegt; das Abdominalende der linken Tube ist von der Dicke eines kleinen Hühnereis und mit dem Ovarium verwachsen, das es zum grossen Theil umhüllt; es ist gross, sehr gefässreich und enthält flüssiges Blut. Die Dilatation scheint mir in diesem Fall davon abzuhängen, dass das Abdominalende der Tube durch Verwachsungen am Ovarium zurückgehalten wurde — und dasselbe scheint mir bei der Haematocele retrouterina stattzufinden.

Ich habe in mehreren Fällen dysenterische Processe im Dickdarm mit feiner Gefässinjection und schiefergrauer Färbung gefunden. Bernutz führt Hämorrhoidalgeschwülste am Rande des Afters und im Ende des Rectum an. In keinem Fall hat man Varicen des ligamentum latum beobachtet, was mit meiner oben angeführten Ansicht hinsichtlich der Abkapselung der Blutextravasate übereinstimmt.

---

4) Boivin et Dugès, Maladies de l'utérus Bd. I. p. 49.

Zwölftes Capitel.

Prognose und Behandlung.

Prognose. — Bei den freien Blutextravasaten ist eben die Heftigkeit der Blutung die Ursache der nicht stattfindenden Abkapselung und des plötzlichen Todes. Die Kranken sterben stets sehr rasch binnen ½ bis 20 Stunden.

Die Haematocele ist wegen der unmittelbar eintretenden Peritonitis, und der Folgenzustände: der Anämie, Dyspepsie, der Verwachsungen der Därme, des Uterus und der Ovarien, namentlich aber bei Suppuration oder putrider Zersetzung des Inhalts oder Austritt desselben in den noch frei gebliebenen Theil der Bauchhöhle stets eine sehr ernste Affection. Die unmittelbar mit der Blutung selbst zusammenhängenden Erscheinungen kommen hier bei der Prognose nicht in Betracht, denn so lange die Hämorrhagie stattfindet ist noch keine Geschwulst, also keine Hämatocele vorhanden.

Man hat die Frage aufgeworfen, ob die Hämatocele stets Unfruchtbarkeit bedinge und sie bislang bejahend beantwortet. Man glaubte, dass eine Befruchtung durch die Atrophie der Ovarien, welche man in einigen Fällen beobachtete, unmöglich geworden sei. Ich habe mich schon in meiner früheren Abhandlung dahin ausgesprochen, dass ich an eine derartige Folgerung nicht glaube und mich dabei auf die Fortdauer der Menstruation gestützt. Eine Thatsache, die mir von Né-

laton mitgetheilt ist, bestätigt meinen Zweifel. Die Kranke, deren Geschichte in der Dissertation von Vigués veröffentlicht ist und die im Hospital St. Louis, Saal Sainte-Foy, Bett 13 lag, hat seitdem ohne übele Zufälle geboren. Die Menstruation zeigt auch schon a priori an, dass die Function der Ovarien fortbesteht. „Es genügt in der That, dass nur ein so geringer Theil eines Ovariums, als der, welcher einem Follikel angehört, gesund ist, um die Menstruation und Conception möglich zu machen.“ [1])

Behandlung.

Prophylaxis. — Lässt sich möglicherweise voraussehen, ob die eine oder andere Frau, unter gewissen Umständen, von einer Blutung innerhalb des Beckens, oder einer Haematocele retrouterina befallen werden kann? Es ist schwer hierauf etwas Entscheidendes zu antworten; höchstens kann man sagen, dass leidenschaftliche Frauen von sanguinischem Temperament, die an sehr abundanter, unregelmässiger, schmerzhafter Menstruation leiden, die Varicen der unteren Extremitäten, des Afters oder der Vagina haben, unter Bedingungen sich befinden, die für die Entstehung der einen oder anderen Affection günstig sind. Da ferner bei einigen Kranken die Hämatocele durch übermässigen und namentlich während der Katamenialperiode ausgeübten Beischlaf hervorgerufen wurde (Beob. 2, 4, 14) und da andere während des Katamenialflusses Unvorsichtigkeiten begangen hatten, (Beob. 2, 8, 11, 32, 33, 34), so wird man Frauen unter den oben erwähnten Umständen rathen, während der Katamenialperiode und selbst einige Tage nachher alle Anstrengungen und jeden Coitus zu vermeiden.

Behandlung der Krankheit.

1. Der freien Blutextravasate. — Sobald man einen Bluterguss in die Beckenhöhle vermuthet, muss man energisch gegen die Fortdauer der Hämorrhagie einzuschrei-

---

[1]) Morgagni epist. 46 et 28.

ten suchen. Man darf nicht zaudern ein oder zwei kleine Venäsectionen, jede etwa von 100 Grammes, zu machen. Daneben kalte Compressen auf den Bauch und Sinapismen an die unteren Extremitäten. Die Kranke muss jede Bewegung vermeiden und überhaupt absolute körperliche und geistige Ruhe halten.

2. Haematocele retrouterina. — Es sind bis jetzt noch zwei Behandlungsweisen üblich; die eine chirurgische besteht in der Punction oder Incision der Geschwulst und Entleerung des Inhalts, die andere innere ist hauptsächlich exspectativ. Die erste wurde in der ersten Zeit, wo man sich mit der Affection beschäftigte, allein angewandt; auch Nélaton wandte sie anfangs in allen Fällen von Haematocele retrouterina an.

Die zweite Methode ist ein Resultat der Anwendung der ersten; einige Fälle von putrider Infection mit tödtlichem Ausgang veranlassten Nélaton das Princip des chirurgischen Einschreitens in so allgemeiner Ausdehnung zu verlassen, er beschränkte es seit 1851 auf gewisse, ganz bestimmt charakterisirte Fälle. Prüfen wir unter welchen Umständen man die eine oder die andere Methode anzuwenden haben wird.

Chirurgische Behandlung.

Die Heftigkeit der Schmerzen, die Zunahme der Geschwulst, die Furcht vor dem Zerreissen der Verwachsungen, welche die Geschwulst abkapseln, und der Austritt der Flüssigkeit in die frei gebliebene Bauchhöhle sind für Nélaton die einzigen Gegenanzeigen einer rein inneren Behandlung. Die Kranke hat ein erstesmal den Erguss von Blut in die Peritonealhöhle überstanden, aber wird sie auch den Erguss einer Flüssigkeit überstehen, wie sie in den Hämatocelen enthalten ist?

In den Fällen, wo die Geschwulst sich nach und nach zu vergrössern scheint, wo die Schmerzen der Kranken keine Ruhe lassen, glaubt Nélaton, dass ein intensiver Entzündungsprocess in dem retrouterinen Sack stattfinde, dass dann das Peritoneum eine grosse Menge Serum secernire, das noch zu dem vorhandenen Blut hinzukomme, und die Tendenz zeige

eine Zerreissung der Verwachsungen herbeizuführen, welche den Sack an seinem oberen Theil abschliessen. In dem Fall, wo dieser Zufall zu fürchten steht, wendet Nélaton die chirurgische Methode an.

Ehe die Haematocele retrouterina von Nélaton beschrieben war, hatte Récamier Gelegenheit, zwei an dieser Affection leidende Frauen zu operiren. Einer seiner therapeutischen Grundsätze war, wie man weiss, alle Beckengeschwülste zu punktiren. In zwei Fällen bewirkte die Punktion den Ausfluss einer schwarzen, visciden, dem verdünnten Russ ähnlichen, kurz dem Inhalt der Hämatocelen analogen Flüssigkeit.

Methode Récamiers. — Derselbe bediente sich eines Pharyngotoms, um die Geschwulst durch die Vagina zu punktiren, und machte einen Einschnitt von vorn nach hinten, parallel mit der Axe des Körpers, um die Verwundung der Uterinarterien zu verhüten. Nach geschehener Incision und während die Flüssigkeit abfloss, führte er einen oder zwei Finger in die Wunde, und löste von den Wänden der Geschwulst die Blutgerinnsel ab, die denselben adhärirten. Nachdem er die Flüssigkeit hatte ablaufen lassen injicirte er warmes Wasser in den Sack, bis derselbe völlig damit angefüllt war; später wurden die Aussprützungen mit warmem Wasser dreimal täglich gemacht. Die Kranke blieb in der Rückenlage mit erhobenem Becken; das Abdomen wurde durch eine Binde comprimirt. Durch die Aussprützungen und die angegebene Lage suchte Récamier den Eintritt von Luft in den Sack zu verhüten und so der putriden Infection entgegen zu wirken.

Methode Nélatons. Die Frau bleibt in der Rückenlage, mit auseinander gespreizten Beinen, das Becken etwas höher gelagert, als der übrige Theil des Rumpfs. Der Operateur stellt sich der Kranken gegenüber, bringt den Mittel- und Zeigefinger der linken Hand in die Vagina und setzt sie auf den vorspringendsten Theil der Geschwulst, soweit als möglich vom Gebärmutterhals entfernt. Die Canüle des Trocart wird dann zwischen den beiden Fingern eingeführt und kräftig gegen die Geschwulst angedrängt, endlich der Trocart selbst durch die Canüle eingeschoben und durch die Vaginalwandungen in die Geschwulst eingestossen. Nach Ab-

lauf der Flüssigkeit macht man in den Sack eine Injection von warmem Wasser, wobei man Sorge trägt höchstens 100 Grammes Wasser zu nehmen und es sehr sanft einzutreiben.

Nach einigen Tagen, wenn die ablaufende Flüssigkeit einen fötiden Geruch annimmt, macht man in die Geschwulst warme Jodinjectionen, die man täglich fortsetzt, bis dass die Flüssigkeit ihre putride Beschaffenheit verloren hat.

Nélaton hat mir gesagt, dass er bei einer Dame aus der Provinz Jodinjectionen angewandt und dadurch pyämische Zufälle beseitigt habe.

Diese evacuirende Methode wird von Nonat in den Fällen angewandt, in denen nach seiner Ansicht die Geschwulst eine extraperitoneale ist. Er hat bei diesen Haematocelen dreimal die Punction vorgenommen und in allen drei Fällen genassen die Kranken ohne Zufälle, ohne Complication. Nach Oeffnung der Geschwulst lässt Nonat in derselben eine elastische Gummisonde liegen, die nach ihm den doppelten Nutzen hat, jede Stagnation zu verhüten, indem sie einen fortdauernden Abfluss der Flüssigkeit veranlasst und die Vornahme von erweichenden Wasser- oder Jod-Injectionen zu gestatten.

Die evacuirende Methode wird fast von allen Chirurgen angewandt; bald vermittelst der Punktion, bald vermittelst der Incision, oder durch beide vereinigt. Man nimmt sie gewöhnlich an dem Theile der Geschwulst vor, der den stärksten Vorsprung in die Scheide bildet. Ein einiziges Mal (Beob. Piogey) wurde die Oeffnung in der regio hypogastrica nach dem Verfahren von Récamier gemacht.

Statistik der auf chirurgischem Wege behandelten Fälle.

Fälle von Heilung.

1. Frau Flamand, A. Voisin. Abtheilung Oulmont's.
2. Frau Lavande, A. Voisin. Abtheilung Nélaton's.
3. Nonat.
4. Robert. Société de Chirurgie.
5. Fenerly.
6. Prost.
7. Marrotte.
8. Dubois u. Nélaton.
9. Nélaton, Hospital St. Louis, Saal Sainte-Foy.

10. Frau G. Hospital St. Antoine, Abtheilung Beau's.
11. Frau Mariette, Hospital St. Antoine, Abtheilung Beau's.
12. Récamier.
13. Récamier.
14. Barthez. Société des hôpitaux. 1848.
15. West. Diseases of women. Bd. II.

Todesfälle.

1. Frau Elisa, Abtheilung Voillemie's.
2. Mikshik in Leipzig.
3. Monod.
4. Luteau.
5. Piegoy.

Unter den geheilten Kranken wurde die Frau Flamand, die ich in der Abtheilung Oulmont's beobachtete, von so schweren Zufällen von Pyämie ergiffen, dass dieser einsichtige Arzt seitdem jeden chirurgischen Eingriff aufgegeben hat, und noch dazu hatte er die Punktion mit einem Trocart von kleinem Durchmesser gemacht.

Es kommen demnach bei der chirurgischen Behandlung auf 15 Fälle von Heilung 5 Todesfälle, also ein Viertel.

Innere Behandlung.

Nélaton hat dieselbe seit 1851 ausschliesslich in allen Fällen adoptirt, wo die Affection einen regelmässigen Verlauf nimmt, wo die Schmerzen der Kranken erträglich sind, und die Geschwulst, statt an Umfang zuzunehmen, sich allmälich verkleinert. Ich habe schon gesagt, dass Fälle von putrider Infection, die nach der künstlichen Oeffnung des Heerdes einigemal auftraten, der Grund waren, warum sich Nélaton zu dieser Behandlungsweise wandte.

Nonat wendet seit einiger Zeit mit Erfolg folgende eigenthümliche Behandlungsweise an: Horizontale Lage, strenge Diät, häufige Sinapismen auf die unteren Extremitäten, erweichende Kataplasmen und bisweilen Mercurialeinreibungen auf den Unterleib, erweichende Lavements, leichte Abführmittel. Im Anfang namentlich Eisumschläge auf die regio hypogastrica und die Innenfläche der Oberschenkel, um die Hämorrhagie zu unterdrücken oder doch zu beschränken, vor Allem aber, wenn die Constitution es erlaubt, allgemeine Blutentziehungen, die er zu 80 bis 100 Grammes zwei bis drei

mal im Monat vornimmt, um deplativ und derivativ zu wirken. [2])

Trousseau [3]) empfiehlt folgende Behandlung der Haematocele:

Eisenmittel und China, um neuen Blutungen vorzubeugen und Adstringentia und Acida, um die vorhandene Beckenhämorrhagie zu bekämpfen. Gegen den Schmerz, den er einer Congestion des Uterus und seiner Anhänge zuschreibt, wendet er warme mit Opiaten und Belladonna versetzte Leinsamenkataplasmen auf den Unterleib an.

Aran [4]) hält chirurgische Eingriffe für schädlich und räth, die im Anfange stets auftretende Peritonitis sehr energisch durch zahlreiche Applicationen von Blutegeln zu bekämpfen; was auch ungefähr die Ansicht von Oulmont und Marotte ist.

Statistik der innerlich behandelten Fälle von Haematocele retrouterina.

Fälle von Heilung.

1. Frau Renauld. A. Voisin, Abtheilung Pidoux's.
2. Frau Dupré. A. Voisin, Abtheilung Oulmont's.
3. Frau Conchou. A. Voisin, Abtheilung Tardieu's.
4. Frau Sylvestre. A. Voisin, Abtheilung Tardieu's.
5. Frau Leclercq. A. Voisin, Abtheilung Tardieu's.
6. Frau Coidevin. A. Voisin, Abtheilung Tardieu's.
7. Frau Blondel. A. Voisin, Abtheilung Bricquet's.
8. Frau Cordier. A. Voisin, Abtheilung Bricquet's.
9. Frau Borrière. A. Voisin, Abtheilung Oulmont's.
10. Hôtel Dieu, Saal St. Bernard, Professor Trousseau.
11. Hôpital des Cliniques, Prof. Nélaton. 1859. Beob. 34.
12. Hôpital des Cliniques, Nr. 13. Prof. Nélaton. Beob. 11.
13. West, Diseases of women. Th.I.
14. Laborderie. Gazette des hôpitaux.
15. Fenerly. Beob. 17.
16. Fenerly. Beob. 18.
17. Fenerly. Beob. 19.
18. Professor Nélaton. Gazette des hôpitaux. 1855.

2) Gazette hebdomadaire, Juni 1858.
3) Gazette des hôpitaux, 29. Juni 1858.
4) Société médicale des médecins des hôpitaux de Paris, 24. Febr.

19. Gallard. Société anatomique. 1855.
20. Prost. Thèse 1854.
21. Dufraigne.
22. Satis. Thèse 1847. p. 89.

Todesfälle.

1. Frau Caldubchère, hôpital Lariboisière, Oulmont.
2. Oulmont, hôpital Lariboisière, Saal St. Marie 26.
3. Bernutz. Beob. I. Archives de médecine, Juni 1848.
4. Professor Dénonvilliers. Société de chirurgie. 1851.
5. Bouvier. Société anatomique 1855.

Es kommen also auf 27 Fälle, bei denen die innere Behandlung angewandt wurde, 22 Heilungen und 5 Todesfälle. Von diesen letzten müssen aber eigentlich noch 2 abgezogen werden, da 2 Kranke (Beob. 1. u. 2.) an intercurrirenden Affectionen starben. Das Verhältniss der Gestorbenen zu den Genesenen ist deshalb höchstens wie 1 : 7, und also entschieden günstiger, wie bei den chirurgisch Behandelten; denn während bei diesen die Zahl der Todesfälle $^1/_4$ der Gesammtsumme ausmacht, bildet sie bei den innerlich Behandelten nur $^1/_9$.

Was mich betrifft, so halte ich die innerliche Behandlung für die allein allgemein anwendbare. In einigen seltenen Fällen, die ich näher zu bestimmen suchen werde, wird man vielleicht die Entleerung der abgekapselten Flüssigkeit vornehmen können, aber stets wird man sich hiebei in sehr engen Grenzen halten müssen. Drei einander ähnliche Fälle, die ich bald nacheinander beobachtet habe, erlauben mir, mich so bestimmt auszusprechen. Ich meine die Kranken Luvande (Beob. 7), Leclercq (Beob. 5) und Sylvestre (Beob. 16), die mir alle drei im Verlauf eines halben Jahres zur Beobachtung kamen.

Bei der ersten machte Nélaton wegen sehr heftiger Schmerzen die Punction; die beiden anderen hatten gleichfalls wie die Frau Lavande 14 Tage lang furchtbare Schmerzen, genasen aber ohne dass die Punction vorgenommen wurde, oder die Flüssigkeit sich spontan nach aussen entleerte. Um sich ohne Weiteres für die Punction zu entschliessen, müsste man im Stande sein, sich vor jenen so

schweren pyämischen Zufällen sicher zu stellen, welche das Leben fast aller chirurgisch behandelten Kranken bedroht haben, so dass man fast in allen Fällen zu antiseptischen und reinigenden Injectionen genöthigt war. Ich erinnere ferner daran, dass eine von Malgaigne und Nélaton behandelte Kranke an der Verwundung einer retrouterinen Arterie starb und bei einer anderen von Huguier behandelten Kranken eine Injection von 100 Grammes Wasser in die Geschwulst eine binnen 12 Stunden tödtliche Peritonitis hervorrief.

Und andererseits, was fürchtet man, wenn man die Entleerung der Flüssigkeit unterlässt? Zwei Zufälle. Einmal die Zerreissung der Adhärenzen, welche den Sack an seiner oberen Fläche abkapseln, ein seltener Zufall, der unter 37 Fällen nur 4 Mal erwähnt ist. Dann die spontane Oeffnung durch die Vagina oder das Rectum. Aber diese ist viel weniger gefährlich, als man denken sollte, denn von 5 Fällen, wo dieser Ausgang erwähnt ist, trat der Tod nur einmal ein. Die drei Fälle, wo sie durch die Vagina stattfand, genasen sämmtlich. Und muss nicht auch diese natürliche Art der Entleerung weniger zum Eindringen von Luft in den Sack prädisponiren, als eine durch ein Instrument gemachte Oeffnung? Das durch den Trocart gemachte Loch ist regelmässig, gerade und bleibt klaffend, im anderen Fall dagegen nimmt die Ausflussöffnung einen ungeraden und buchtigen Verlauf und Luft und Flüssigkeit haben viel grössere Schwierigkeit einzudringen.

Die Statistik von zehn Fällen, die ich selbst beobachtet habe, ist der exspectativen Methode günstig; die acht auf diese Weise behandelten Kranken genasen sämmtlich.

Die Behandlungsweise, die ich zur allgemeinen Geltung zu bringen suche, darf nur sehr seltene Ausnahmen erleiden und diese Ausnahmen beziehen sich ausschliesslich auf Fälle von Suppuration der Geschwulst.

Die innere Behandlung der Haematecele retrouterina hat die Aufgaben:

1. Neue Blutungen zu verhüten.
2. Die durch die Hämorrhagie bedingten Zustände,

Geschwulst, Anämie und Peritonitis zu beseitigen.

1. Verhütung weiterer Blutungen.

Absolute Ruhe der Kranken bei höher gelagertem Becken, kalte oder selbst Eis-Umschläge auf das Hypogastrium; daneben adstringirende Mittel, Extr. Rabarb., Liq. ferri sesquichlor., 20 Tropfen pro dosi. Säuren. Die nach Trousseau als Tonicum antihaemorrhagicum wirkende China, zu 4 Grammes pro dosi. Sinapismen an die unteren Extremitäten.

2. Behandlung der consecutiven Zufälle.

Gegen die Peritonitis. Blutegel auf den Unterleib oder an den After (30—80 je nach dem Zustand der Kranken und der Schwere der Zufälle); Calomel in getheilten Gaben zu 1—5 Centigr. pro dosi mehrere Tage lang fortgesetzt, fliegende Vesicatore auf das Hypogastrium, Opium innerlich, Lavements und Einreibungen, Belladonnapflaster, Selterswasser, Eis, potio Riveri gegen das Erbrechen.

Gegen die Geschwulst. Erweichende Kataplasmen auf den Bauch, fliegende Vesicatore auf das Hypogastrium, wenn alle akuten Erscheinungen aufgehört haben; Ableitungen auf den Darmcanal, salinische Abführmittel, Oelclystiere, absolute Ruhe während der ersten vier Wochen, bis nach der nächsten Katamenialperiode.

Gegen die Anämie. Eisenpräparate, namentlich Ferrum hydrogenio reduct., China in kleineren Dosen, gute Nahrung.

Bis zur vollständigen Resolution der Geschwulst muss man sich, glaube ich, warmer Bäder absolut enthalten; die Kranken (Beob. 2 u. 3) bekamen Frost, allgemeines Uebelbefinden und Recrudescenz der Schmerzen während des Bades, Erscheinungen, die noch mehrere Stunden andauerten, und die, mögen sie nun von der hiebei nothwendigen stärkeren Bewegung der Kranken oder von der Wirkung des Wassers abhängen, die Anwendung der Bäder zu verbieten scheinen.

Die folgenden Beobachtungen betreffen sämmtlich Fälle von Haematocele retrouterina. Einige schon anderswo veröffentlichte gebe ich nur im kurzen Auszuge, die anderen, welche ich früher in meiner Inaugural-Dissertation bekannt gemacht habe, dagegen vollständig, und zu ihnen kommen noch einige neue seitdem von mir gesammelte Fälle.

Krankheitsfälle.

1te Beob. — Haematocele retrouterina; spontane Entleerung des Bluts durch den After. Genesung.

Frau R . . , Tagelöhnerin, im Hospital Lariboisière, Saal St. Elisabeth, Abtheilung Pidoux's.

Die Kranke ist von guter Constitution, hysterischen Temperaments, brünett. Die Menstruation stellte sich zuerst im 10ten Jahr ohne Beschwerde ein, war seitdem regelmässig, es geht ihr 24 Stunden lang Leukorrhoe voraus; das Blut ist von normaler Farbe, es fliesst acht Tage, ist bisweilen mit Coagulis vermischt. Die Menstruation ist von Koliken begleitet. Vor 10 Jahren normale Schwangerschaft, rechtzeitige Niederkunft; das Kind noch lebend.

Vor 2½ Monat, 14 Tage nach dem Aufhören des Katamenialflusses hat die Kranke einen Fall gethan, danach Ohnmacht, Fröste und bei der folgenden Menstruation, jetzt vor 2 Monaten, Schmerzen im Hypogastrium bekommen. Das Gehen war mühsam, Harn- und Stuhl-Entleerung beschwerlich, sie verlor während dieser Katamenialperiode nur einige Tropfen Blut. Die Schmerzen dauerten anhaltend fort und nahmen bald den Charakter von Wehen an, die alle 5 Minuten wiederkehrten.

Am 10ten Dec. 1856 bemerkte sie das Vorhandensein einer Geschwulst in der linken regio iliaca, am 23ten entschloss sie sich wegen des heftigen Schmerzes in das Hospital zu gehen; wir sahen sie dort am 2ten Januar 1857.

Die Kranke ist sehr bleich, zeigt die Erscheinungen tiefer Anämie, so dass ihr alle Augenblicke die Sinne schwinden. Seit ihrer Aufnahme hat sie 24 Stunden lang ihre Regel gehabt, aber nur einige Tropfen sehr rothen Bluts verloren.

Die regio hypogastrica ist durch eine Geschwulst emporgehoben, die namentlich nach links vorspringt, an einigen Punkten hart, an den andern elastisch ist, nach oben durch eine ein Querfingerbreit unter dem Nabel gezogene Linie, links durch eine Linie, die von der spina ant. sup. cristae ilei ausgeht, und rechts durch eine Linie, die durch den Canalis crural. geht, begränzt wird. Nach hinten verlängert sich die Geschwulst in die Beckenhöhle.

Die Vaginaluntersuchung ergiebt den Gebärmutterhals durch eine weiche elastische Geschwulst, welche links die ganze Beckenhöhle ausfüllt, nach vorn gegen die Schaambeine gedrängt. Untersucht man zugleich vom Abdomen und der Vagina aus, so überzeugt man sich, dass die Geschwulst über den Schaambeinen und in der Scheide dieselbe ist.

Die Kranke hat sehr heftige Schmerzen, die namentlich in der linken Inguinalgegend sitzen, sich von da in die linke untere Extremität verbreiten und in die ganze Beckenhöhle ausstrahlen. — Kataplasmen, Bettruhe.

Am 10ten Januar ergiesst sich ohne nachweisbare Ursache durch das Rectum eine beträchtliche Menge theils flüssigen, theils geronnenen Bluts, so dass acht Bettücher dadurch beschmutzt und drei der im Hospital gebräuchlichen Becken mit dieser schwarzen, kaffeesatzähnlichen und sehr übelriechenden Flüssigkeit gefüllt werden.

Am 11ten u. 12ten dauert der Ausfluss fort; von Zeit zu Zeit hat die Kranke sehr lebhafte kolikartige Schmerzen. Puls von 92. Man fühlt noch die Abdominalgeschwulst auf der linken Seite, aber sie erstreckt sich nur noch bis 4 Querfinger unterhalb des Nabels. Von Zeit zu Zeit einige Schmerzen in den unteren Extremitäten.

22ten. Die Geschwulst hat abgenommen, der Abfluss der Flüssigkeit dauert noch fort.

28ten. Man kann auch bei gleichzeitiger Untersuchung vom Abdomen und der Vagina aus keine Geschwulst mehr wahrnehmen; es fliesst noch immer etwas Flüssigkeit aus dem After. Der Zustand ist sonst befriedigend; die Kranke verlangt entlassen zu werden.

2te Beob. — Haematocle retrouterina mit dem Ausbleiben der Menstruation auftretend und wahrscheinlich durch einen Coitus hervorgerufen; Punction der Geschwulst; pyämische Erscheinungen; Heilung.

Hôpital Lariboisière, Abtheilung Oulmonts, Saal Sainte-Marie Nr. 6. Frau F . . , Händlerin, von guter Constitution, sehr reizbarem Charakter, nervösem Temperament, brünett.

Die Menstruation stellte sich im 16ten Jahre ein, war seitdem regelmässig; es gehen ihr 2 Tage lang Koliken und Kreuzschmerzen voraus. Die Blutung ist sehr reichlich, oft mit Abgang von Coagulis verbunden, dauert acht Tage. Keine Leucorrhoe.

Im 18ten Jahr erste normale Schwangerschaft, rechtzeitige Entbindung eines noch lebenden Kindes; die Geburt dauerte 4 Tage. Nie Amenorrhoe. Der Beischlaf mit ihrem Mann war stets schmerzhaft; die junge Frau sagt, dass sie für gewöhnlich ein sehr blühendes Aussehen habe.

Sie leidet nicht an Epistaxis, hat weder Hämorrhoiden noch Varicen, klagt nicht über Verstopfung; seit einiger Zeit hat sie ein Gefühl von Schwere im Hypogastrium.

Am 12ten März 1857 hatte sie ihre Regel noch in normaler Weise gehabt, am 12ten April, ohne nachweisbare Ursache Suppression der Menses; sofort traten heftige Koliken ein; am 14ten fühlt sie in der rechten Weiche einen Schmerz, der sich bis in die rechte Seite des Halses hinauf erstreckt, aber durch ein Vesicator beruhigt wird; sie hat dabei ihre Geschäfte fortbetrieben.

Da am 15ten die Regel nicht wieder erschienen war, wohnte sie ihrem Ehemanne bei; sie fiel dabei in Ohnmacht und die Schmerzen nahmen bedeutend zu: sie bekam Fröste, Schweisse, Uebelkeit, Verstopfung. Es zeigte sich Blut in dem Harn und den Stühlen, und ihre früher blühende Farbe war in wenigen Tagen gelblich geworden; am 27ten April 1857 trat sie in das Hospital.

Oulmont diagnosticirte anfangs eine Perimetritis. Man fand folgende Erscheinungen: Hypogastrium sehr schmerzhaft, Gebärmutterhals voluminös nach vorn und links fixirt, eine Geschwulst hinter dem Cervix von der Grösse einer Nuss. Körper des Uterus schmerzhaft und geschwollen, Verstopfung, brennender Harn, Ausfluss einer gelblichen visciden Flüssigkeit aus den Geschlechtstheilen; kein Fieber.

Dieser Zustand blieb bis zum Juli derselbe; die Behandlung bestand in Blutegeln, Abführmitteln und Bädern.

Am 1ten Juli trat nach einem Bade ein reichlicher Abgang von schwarzem Blut ein; ausserdem bemerkte die Kranke, dass die Bäder die Schmerzen und ihre Beschwerden vermehrten, nicht selten bekam sie Fröste in denselben.

Status praesens. — Ich untersuchte die Kranke am 14ten Juli.

Bleiche Farbe, Conjunctiva und Sclerotica entfärbt, merkliche Abmagerung.

Die vordere Bauchwand ist durch eine Geschwulst emporgehoben, die sich bis 4 Querfinger unterhalb des Nabels nach oben erstreckt, sie ist im mittleren Theil hart, an den Seitenpartien elastisch, bei der Berührung schmerzhaft, die obere Gränze derselben bildet eine Linie die durch die rechte spina ant. sup. des Darmbeins geht, die sie berührt, während sie links von der spina il. 3 Querfinger entfernt bleibt; in der Tiefe scheint sie sich in die Beckenhöhle zu verlieren. Die Masse hat eine ziemlich regelmässige Form, indessen fühlt man in der Mittellinie mehrere kleine harte bewegliche Tumoren. Die Percussion ergiebt über der Geschwulst einen matten Ton, in der linken Hälfte

an der oberen Gränze ist derselbe jedoch tympanitisch dem Ton des Dickdarms ähnlich, und bleibt es genau bis zur Medianlinie.

Vaginaluntersuchung. Der Gebärmutterhals ist schwer zu erreichen, man muss, um ihn zu berühren, den Finger stark krümmen; er liegt genau der hinteren Schaambeinfläche an, ist halb geöffnet, granulös, und liegt im Grunde eines Trichters, dessen vordere Wand durch die Schaambeine, dessen hintere durch die durch eine Geschwulst zurückgedrängte Vaginalschleimhaut gebildet und dessen Spitze von dem Cervix eingenommen wird. Derselbe ist 5 Centimeter von der Schaamspalte entfernt. Hinter demselben findet sich eine rundliche, an gewissen Punkten harte, an andern elastische, fluctuirende schmerzhafte Geschwulst, die von dem Finger durch die Schleimhaut, welche den hinteren Scheidenblindsack bildet, getrennt ist. $3\frac{1}{2}$ Centim. von der Schaamspalte entfernt ist, also in einer um $1\frac{1}{2}$ Centim. tieferen Ebene liegt, als der Gebärmutterhals und die ganze Beckenhöhle auszufüllen scheint. Der vordere Scheidenblindsack existirt nicht mehr, der hintere (ich verstehe unter diesen Umständen darunter den Raum zwischen dem Cervix und der Geschwulst) ist 1 Centim. tief. Untersucht man gleichzeitig von dem Abdomen und der Vagina aus, so erkennt man oberhalb der Symphyse eine Geschwulst, welche die Form des Gebärmuttergrundes hat und die ihr von den Seiten her mitgetheilten Bewegungen unmittelbar auf den an dem Collum liegenden Finger überträgt. Daneben finden sich zwei andere weiche, elastische, die mit der in der Vagina nur eine Geschwulst ausmachen.

Untersuchung durch das Rectum. Der After ist roth, schmerzhaft, das Rectum ist durch die Beckengeschwulst abgeplattet. Als eigenthümlich hervorzuheben ist, dass man bei der Scheiden- und Mastdarm-Untersuchung auf der Oberfläche der Geschwulst rundliche Stränge fühlt, welche die Empfindung von mit Gerinnseln gefüllten Venen machen. Durch beide zugleich kann man sehr deutliches Schwappen in der Geschwulst wahrnehmen.

Der Stuhlgang ist ziemlich leicht; Harndrang, etwa 20 Mal in 24 Stunden: Appetit, sehr lebhafter Durst; die Kranke hat nicht mehr so viel Schmerzen als bei ihrem Eintritt in das Hospital, aber sie wird von einem sehr lästigen Gefühl von Schwere im After gequält.

Am 15ten macht Oulmont mit einem Explorativ-Trocart eine Punction in dem Scheidentheil der Geschwulst; es fliessen einige Tropfen schwarzes Blut aus.

16ten. Entleerung einer kleinen Menge Blut von wehenartigen Schmerzen begleitet.

18ten. Schmerzen im Abdomen, Schüttelfrost, Puls 104, weich, serös-blutiger Ausfluss aus der Vagina.

20ten. Fötider Ausfluss aus der Vagina. Es entwickeln sich jetzt die Erscheinungen der Pyämie, deren Heerd der retrouterine Sack ist: das Leben der Kranken steht 5 Wochen lang in Gefahr.

Am 31ten Sept. Besserung.

2ten Oct. Die Kranke verlässt geheilt das Hospital. Es sind keine Spuren der retrouterinen Geschwulst mehr vorhanden; die Schmerzen sind gänzlich verschwunden; es ist nur noch ein leichter gelblicher Ausfluss aus der Vagina zurückgeblieben.

3te Beob. — Haematocele retrouterina mit einer Abnahme der Menstruation auftretend; verlängerter Aufenthalt im Bett; exspectative Behandlung; Heilung.

Hôpital Lariboisière, Abtheilung Oulmont's, Saal Saint-Marie Nr. 23.

Amalie D . . , 28. Jahr alt, Modistin, von schwacher Constitution, hysterischem Temperament, sehr reizbarem Charakter. Die Menstruation stellte sich zuerst im 16ten Jahre ohne Beschwerden ein; vor jeder Katamenialperiode hat sie zwei Tage lang stechende Schmerzen im Hypogastrium; der Blutfluss dauert stets sieben bis acht Tage, ist während der ersten drei Tage sehr reichlich, während der fünf anderen weniger gefärbt und reichlich; nie haben sich Coagula darin gezeigt. Sie ist sehr selten mit Leukorrhoe behaftet, scheint aber einmal an einer Affection des Gebärmutterhalses behandelt zu sein.

Vor sieben Jahren erste rechtzeitige Niederkunft von einem jetzt noch lebenden Kinde; normales Wochenbett. Vor 4 Jahren Abortus in der sechsten Woche. Dieser Unfall hatte eine hochgradige Anämie und Schmerzen im Hypogastrium zur Folge, die der Kranken ein Gefühl von Schwere verursachten. Ihr Arzt liess ihr Blutegel an den After setzen und sie 14 Tage lang Ruhe im Bett beobachten. Nach dieser Zeit, da sie genöthigt war ihre Beschäftigungen wieder aufzunehmen, übrigens auch nicht eben leidend war, stand sie auf, bekam aber nach einer Anstrengung von Neuem Schmerzen im Hypogastrium, die mehrere Monate andauerten.

Am 25ten März, der zu erwartenden Katamenialperiode, zeigte sich zwar Blut, aber weniger reichlich und nicht so dunkel als gewöhnlich; übrigens ohne Schmerzen. In derselben Weise verhielt sich auch die folgende Katamenialperiode.

Am 25ten Mai zeigte sich zwar wieder Menstrualblutung, aber nur in sehr geringer Menge, so dass sie nur einige bald röthliche, bald mehr gelbliche Spuren im Hemde hinterliess, sie dauerte indess in dieser Weise 14 Tage. Nach Ablauf dieser Zeit wurde die Kranke von sehr heftigen, wehenartigen Schmerzen befallen, die rechts ihre grösste Intensität hatten, ein Gefühl von Schwere im After hervorriefen und mit Ausstossung einer zarten Haut, welche Doctor Duvivier mit dem Namen Amnionhaut bezeichnete, und einem Blutcoagulum von der Grösse eines Hühnereis, aus der Scheide aufhörten. Das Coagulum wurde nicht untersucht, es wurde 3 Tage nach der Membran ausgestossen. In der Zwischenzeit zwischen der Expulsion der Haut und des

Coagulums empfand die Kranke sehr heftige Schmerzen und in derselben Zeit bekam die Haut jene grosse Blässe, die wir noch jetzt bei ihr sehen.

Seit dieser Zeit klagt die Frau über Constipation und hat eine auffallende Zunahme ihres Abdomens im unteren Theil bemerkt.

Die Behandlung bestand in Application von Blutegeln und Vesicatoren. Ausserdem ist die Kranke ruhig im Bett geblieben.

Einige Tage nach Abgang des Coagulums bekam sie Frost mit nachfolgenden Schweissen, Harnverhaltung, Verstopfung, grosse Schwäche und eine sehr belästigende Schwierigkeit, eine bequeme Lage im Bett einzunehmen. Die sitzende Stellung war unmöglich, ebenso die Seitenlage, die geringste Bewegung war so schmerzhaft, dass die Frau sich zu einer fortwährenden Rückenlage verurtheilt sah.

Die Behandlung bestand in den letzten Tagen vor ihrem Eintritt in das Hospital in Bädern; sie fühlte sich aber in jedem unwohler, bekam Frost und Unbehagen, die noch mehrere Stunden nachher fortdauerten. Am 2ten Juli 1857 wurde sie in das Hospital aufgenommen.

Status praesens bei der Aufnahme. — Die Gesichtsfarbe ist mattweiss, Haut bleich, Haare blond, Conjunctiva farblos, Hände und Nägel mattweiss, Stimme erloschen, Puls 92, klein, keine Venengeräusche; Rückenlage, sitzende Stellung unmöglich, Ober- und Unterschenkel in halber Beugung. Die regio hypogastrica zeigt bei der Inspection eine Vorwölbung, die sich bei der Palpation als eine Geschwulst von der Grösse eines sechsmonatlichen Fötuskopfes darstellt. Die Masse erstreckt sich bis zu drei Querfinger unterhalb des Nabels in die Höhe, ist aber auf der linken und rechten Seite nicht gleichmässig entwickelt, links ist sie etwa um einen Querfinger breit niedriger. Die Bauchwand wird dadurch beträchtlich emporgehoben. Die Geschwulst scheint sich nach hinten in die Beckenhöhle zu verlängern, sie hat eine feste gleichförmige Consistenz, ist rechts, wo sie die fossa iliaca ausfüllt, scharf begränzt, während ihre Gränzen links weniger bestimmt sind: sie überragt den oberen Beckenumfang nur sehr wenig; Druck auf dieselbe ist etwas schmerzhaft. Die Percussion ergiebt über derselben einen dem tympanitischen ähnlichen Ton, obgleich die Geschwulst bei der Palpation sich entschieden als solide erweist. Man fühlt über den Schaambeinen nirgend einen Körper, der als Fundus der Gebärmutter gedeutet werden könnte.

Bei der Vaginaluntersuchung zeigen sich die Scheidenwandungen normal; der Gebärmutterhals ist 5 Centim. von der Schaamspalte entfernt, nach vorn gegen das Schaambein angedrängt und in dieser Stellung fixirt, die vordere Muttermundlippe ist 1 Centim., die hintere 2 Centim. breit, der Muttermund ist vergrössert, namentlich in transversaler Richtung; die Textur ist erweicht.

Etwa 1 Centim. über und hinter dem Collum findet sich eine Ge-

schwulst, die von der Schleimhaut des hinteren Scheidenblindsacks bedeckt ist, sie liegt der hinteren Fläche des Gebärmutterhalses eng an, ist im Ganzen sehr hart, zeigt aber nach links eine gewisse Nachgiebigkeit, sie nimmt einen grossen Theil des Beckeneingangs namentlich nach links ein, auf dieser Seite fühlt man auch die sehr starke Pulsation einer Arterie. Durch die gleichzeitige Palpation der Geschwulst im Abdomen und in der Scheide überzeugt man sich, dass beide nur eine Masse bilden. Die Bewegung der einen theilt sich der anderen mit. Legt man einen Finger an die retrouterine Geschwulst und übt auf die hypogastrische einen kurzen Stoss aus, so fühlt man das Anschlagen. Die Stelle, welche der Gebärmuttergrund einnimmt, lässt sich auch durch die vereinigte Scheiden- und Abdominal-Untersuchung nicht entdecken. Die Exploration ruft übrigens keine Schmerzen hervor. Augenblicklich ist keine abnorme Absonderung weder von Blut noch von Schleim vorhanden. Von Zeit zu Zeit wird die Kranke von stechenden Schmerzen gequält, die sie der Anwesenheit von Luft im Darm zuschreibt, zu anderen Zeiten leidet sie an wehenartigen von Tenesmus begleiteten Schmerzen.

Oulmont stellt die Diagnose auf Haematocele retrouterina, er glaubt nicht, dass ein Abortus die Ursache sei, wie es die Kranke anzugeben scheint. — Abführmittel, Kataplasmen.

11ten Juli. Objective Erscheinungen dieselben, Aphonie geringer, Schmerzen mässiger, ebenso intermittirend.

18ten. Die Geschwulst ist sehr hart geworden, hat noch denselben Umfang. Schmerzen unbedeutend. Die Kranke ist in ein Bad gebracht worden, hat aber unmittelbar danach einen Schüttelfrost bekommen.

20ten. Die Kranke fühlt sich so erträglich, dass sie nach Hause zurückkehren will, um sich dort weiter behandeln zu lassen. Sie legte sich indess dort nicht zu Bett, sondern beschäftigte sich mit ihrem Handel, war etwas leidend und über die Unregelmässigkeit ihrer Menstruation beunruhigt. Im Monat September blieb dieselbe ganz aus; sie wurde dann von denselben Schmerzen befallen, wie vor ihrem Eintritt in das Hospital, war genöthigt 4 Wochen lang das Bett zu hüten und wurde mit Kataplasmen und Application von Belladonnapflastern behandelt.

Ich sah sie am 14ten December wieder. Die Heilung war jetzt vollständig, die Menstruation seit November regelmässig; die beiden Katamenialperioden, die sich seitdem gezeigt hatten, verliefen ohne krankhafte Erscheinungen; es waren keine Schmerzen mehr vorhanden, das Allgemeinbefinden sehr befriedigend.

4te Beob. — Haematocele retrouterina wahrscheinlich durch einen Beischlaf am Ende einer Katamenialperiode entstanden; längerer Aufenthalt im Bett; exspectative Behandlung; Heilung.

Hospital Lariboisière; Abtheilung Tardieu's, Saal St. Josephine, Nr. 15.

C . ., 23 Jahr alt, Nätherin, brünett, von guter Constitution, sehr reizbarem Temperament. Die Menstruation stellte sich zuerst im 17ten Jahre unter Beschwerden ein, kam alle vier Wochen, war nie sehr reichlich. Vor 3 Jahren normale Geburt von einem jetzt noch lebenden Kinde; während der Schwangerschaft fortdauernde Schmerzen. Der Katamenialfluss stellte sich nach acht Wochen wieder ein. Er ist seit zwei Jahren unregelmässig geworden, die Perioden sind nur durch 14 tägige Zwischenräume getrennt. Die Frau leidet gleichfalls seit zwei Jahren an Verstopfung, sodass sie zum Gebrauch von Lavements genöthigt ist.

Vor 8 Monaten wurde die Kranke, ohne dass zugleich eine Katamenialperiode vorhanden war, von Schmerzen im Abdomen befallen, die eine 14 tägige Bettruhe nöthig machten; seitdem gehen der Regel 24 Stunden lang Schmerzen in der Sacralgegend voraus und hinterlassen Müdigkeit und Entkräftung.

Vor 3 Monaten überstand sie eine confluirende Variola, während der die Menstruation regelmässig blieb.

15ten Oct. Menstruation, die sich bis zum 20ten verlängert.

Am 21ten Oct. ergab sich die Kranke einem übermässigen Coitus, während dessen sie im Abdomen einen plötzlichen, sehr heftigen Schmerz empfand; sie hütete 24 Stunden lang das Bett, worauf alle Krankheitserscheinungen verschwunden.

Am 29ten ergab sie sich von neuem mit Leidenschaft dem Beischlaf; sie empfand während des Aktes einen ähnlichen Schmerz, wie sie ihn vor acht Tagen gefühlt hatte, und blieb mehrere Stunden liegen. Sie konnte noch aufstehen und bis zum 1ten November sich im Hause beschäftigen. Während dieser Zeit hatte sie aber Frostschauer, Schmerz im Hypogastrium und fühlte sich allgemein unwohl. Die Schmerzen nahmen immer mehr zu, die Frostschauer hörten nicht auf und die Kranke legte sich am 1ten November zu Bett; sie bekam mehrmals täglich Erbrechen. Am 5ten November fand der Doctor Laborracque, der wegen der Heftigkeit der Schmerzen gerufen war, Folgendes: Die Kranke erbrach, hatte keinen Stuhlgang, bekam alle Augenblicke Frostschauer und ausserordentliche wehenartige Schmerzen; der Leib war geschwollen, die Haut anämisch geworden; Laborracque liess 30 Blutegel auf die regio hypogastrica setzen.

In den folgenden Tagen fühlte sich die Kranke besser, klagte indess über grosse Schwäche und hartnäckige Verstopfung. Am 7ten trat sie in das Hospital Lariboisière.

Status praesens. Die Haut hat eine sehr ausgesprochene gelblich anämische Farbe, die Kranke ist sehr schwach, in grosser Prostration; die Haut ist kühl, der Puls klein, weich, 96 in der Minute, kein

Blasegeräusch in den Carotiden; Zunge belegt, Appetit ziemlich stark; brennender Durst; Verstopfung.

Die vordere Bauchwand ist oberhalb der Schaambeine, namentlich links, durch eine consistente Geschwulst emporgehoben, die bei der Percussion matt, unbeweglich und schmerzhaft ist. Sie erstreckt sich von den Schaambeinen bis 4 Querfinger unter den Nabel, nimmt hauptsächlich die linke Seite des Bauches ein, wird links durch eine durch die Spina ant. sup. il. gehende, rechts durch eine durch den Schenkel-Canal laufende verticale Linie begränzt, die obere Gränze ist rechts 7 Querfinger, links nur 4 Querfinger vom Nabel entfernt; an dieser oberen Gränze ist der Percussionston tympanitisch. Hinten scheint sich die Masse im kleinen Becken zu verlieren.

Um bei der Vaginaluntersuchung den Gebärmutterhals zu erreichen muss man den Finger stark krümmen und weit nach vorn bringen, nur dann ist es möglich mit der Spitze desselben den Cervix zu fühlen, der dem Schaambein fest anliegt, wie abgeplattet, unbeweglich und halb geöffnet ist; seine Entfernung von der Schaamspalte beträgt 6 Centim.

Hinter dem Cervix, zwischen ihm und dem Rectum findet sich eine Geschwulst, welche den ersteren um 3 Centim. überragt, also nur 3 Centim. von der Schaamspalte entfernt ist; diese Geschwulst hat den Scheidenblindsack, dessen Schleimhaut stark gespannt ist, nach abwärts gedrängt, zwischen der Geschwulst einerseits und dem Rectum anderseits ist nur ein spaltenförmiger Zwischenraum vorhanden, in den der Finger mit Mühe eindringt. Die Masse ist elastisch, an mehreren Stellen schmerzhaft, und erfüllt die ganze Beckenhöhle, deren Wänden sie namentlich links genau anzuliegen scheint. Die Lage des Uteruskörpers ist auch bei gleichzeitiger Palpation des Abdomens nicht zu ermitteln. Man fühlt weder Anschlagen beim Percutiren, noch das Klopfen einer Arterie.

Die Untersuchung mit dem Speculum ist mässig schmerzhaft, zeigt übrigens die Schleimhaut, welche die Geschwulst bedeckt, und die Scheidenwandungen normal.

Aus den Genitalien fliesst eine ziemliche Menge Blut, dessen Ursprung aus dem Uterus sich durch das Speculum nachweisen lässt. Die Kranke hat beständig wehenartige Schmerzen; von Zeit zu Zeit nehmen dieselben an Intensität zu, sind stechend und gehen von der Sacralgegend aus. Die sitzende Stellung ist unmöglich, die Kranke ist gezwungen in beständiger Rückenlage zu bleiben.

Tardieu diagnosticirt Haematocele retrouterina. — Calom. 30 Centigr. in 6 Pulvern. Bettruhe.

6ten. Die Kranke hat starken Tenesmus; Abgang einer beträchtlichen Menge etwas blutig gefärbten Schleims aus dem After — Opiatclystiere.

12ten. Die dysenterischen Erscheinungen haben aufgehört, der Leib ist weniger aufgetrieben und schmerzhaft.

13ten. Die Anschwellung des Abdomens ist viel geringer geworden, nur in der Tiefe und nach links fühlt man noch eine weiche, schmerzhafte Geschwulst. Die Percussion ist bis 2 Queerfinger über der Symphyse sonor geworden. Kein Ausfluss aus dem After mehr; dagegen anhaltender blutiger Ausfluss aus der Vagina; das anämische Aussehen noch dasselbe.

14ten. Die Kranke verlangt, weil sie sich leidlich befindet, entlassen zu werden, um zu Haus ihre völlige Genesung abzuwarten. Wir finden jetzt folgenden Zustand:

Die Haut ist noch eben so blass und gelb, der Blick aber wieder lebendiger geworden. Im Hypogastrium lässt sich keine Geschwulst mehr entdecken, Druck auf dasselbe ist nicht schmerzhaft. Der Gebärmutterhals ist 5 Centim. von der Schaamspalte entfernt, steht 2 Queerfinger breit hinter den Schaambeinen, ist indurirt, halbgeöffnet, beweglich. Hinter ihm, der vorderen Fläche des Mastdarms anliegend, findet sich 4 Centim. von der Schaamspalte entfernt, eine 4 Centim. breite, teigige, an anderen Stellen mehr indurirte Erhabenheit, die an zwei Punkten rundliche Knoten zeigt und sich nach oben in der Beckenhöhle verliert, ohne dass der Finger die obere Gränze erreichen kann. Bei gleichzeitiger Untersuchung durch die Vagina und vom Abdomen aus kann man zwischen den Händen keine Anschwellung wahrnehmen. Diese Untersuchung ist nicht schmerzhaft.

Am 29ten sah ich die Kranke wieder. Sie ist seit ihrem Abgang aus dem Hospital während des Tages nicht im Bett geblieben, hat im Zimmer ihre Beschäftigungen getrieben, Wäsche gewaschen, mehreremal mit Leidenschaft ohne Schmerz den Coitus vollzogen. Seit gestern fühlt sie einen dumpfen Schmerz in der linken Inguinalgegend. Die Verstopfung hat fortgedauert und die Anwendung von Lavements nöthig gemacht. Kein Ausfluss aus der Vagina. Die Untersuchung durch die Scheide ergiebt dasselbe Resultat wie bei ihrem Abgang. Ich verordne Eisenpräparate, China, täglich $^1/_4$ Lavement von warmem Wasser, Ruhe im Bett während der folgenden Katamenialperiode.

18. December. Die Kranke ist noch sehr anämisch; die letzte Menstruation verlief ohne Schmerz, der Ausfluss dauerte drei Tage, war mässig reichlich. Die Untersuchung der Geschlechtsorgane lässt nichts Krankhaftes mehr entdecken.

5te Beob. — Haematocele retrouterina durch Scheuern während der Katamenialperiode entstanden; längerer Aufenthalt im Bett; exspectative Behandlung; Heilung.

Hospital Lariboisière, Abtheilung Tardieu's, Saal St. Josephine. Nro. 26.

L... 38 Jahr alt, Köchin, ist brünett, von kräftiger Constitution, nervösem Temperament, mit Hämorrhoiden behaftet. Die Menstruation erschien zuerst im 14ten Jahr, war 6 Monat lang schmerzhaft und un-

regelmässig, seitdem normal. Im 25ten Jahr normale Geburt ohne besondere Folgen. Die Menstruation dauert gewöhnlich drei bis vier Tage, ist sehr reichlich, seit den letzten 2 Jahren aber noch beträchtlicher geworden, so dass sie sich 2 bis 3mal täglich mit frischen Vorlagen versehen muss; Schmerzen gehen ihr nicht voraus. Das Blut ist sehr roth, zeigt aber nie Coagula. Gewöhnlich keine Leukorrhoe, keine Varicen. Seit 5 Jahren habituelle Verstopfung, so dass sie alle vier bis fünf Tage Lavements nehmen muss.

Am 25. December ist der Menstrualfluss zur gehörigen Zeit eingetreten, sie hat dabei einige Tage lang die Zimmer ihrer Herrschaft gescheuert.

Am 2. Januar bekommt sie ohne weitere Veranlassung kolikartige Schmerzen im Hypogastrium, ohne bestimmten Sitz, aber weder Frost noch Schweisse oder Erbrechen. Sie legt sich 4 Tage lang zu Bett, wobei sie noch von Zeit zu Zeit Schmerzen hat; versucht darauf von Neuem zu arbeiten, scheuert am 3ten wieder zwei Zimmer. Am 10ten wird sie um $3^1/_2$ Uhr Morgens noch im Bett von sehr lebhaften Schmerzen im Hypogastrium ergriffen, die viel heftiger sind als am 2. Januar. Sie ist dadurch genöthigt 9 Tage lang das Bett zu hüten, hat während dieser Zeit ohngefähr so viel Blut verloren als bei einer gewöhnlichen Katamenialperiode. Am 19ten versucht sie von Neuem aufzustehen, wird aber nach einer Stunde durch den Schmerz in das Bett zurückgetrieben. Seitdem ist sie liegen geblieben, hat stets an Schmerzen in Anfällen, einigemal auch mit wehenartigem Charakter gelitten, Frostschauer bekommen, und ist von einer fortdauernden Unruhe belästigt. Die Harnentleerung ist beschwerlich geworden. Durch die Schmerzen, die Schwäche und die gelbliche Gesichtsfarbe erschreckt lässt sie sich am 27ten in das Hospital bringen.

Status praesens bei der Aufnahme. Die Kranke hat eine auffallend fahlgelbe Gesichtsfarbe; man würde sie für krebskrank halten können; sie vermag sich vor Schwäche kaum auf den Beinen zu erhalten.

Der Bauch ist sehr ausgedehnt wie bei einer im sechsten Monat schwangeren Frau. Man fühlt eine enorme Masse, welche das ganze kleine Becken auszufüllen scheint und sich bis einen Querfinger breit unterhalb des Nabels nach oben erstreckt. Sie ist an einzelnen Punkten hart, an anderen weich, unbeweglich, lässt sich in Grösse und Gestalt etwa mit dem Kopf eines einjährigen Kindes vergleichen. Ihre Oberfläche erscheint regelmässig, doch fühlt man an einzelnen Stellen harte, isolirte Körper. Die Percussion giebt in ihrer ganzen Ausdehnung einen matten Ton. Unten verliert sie sich in das kleine Becken, seitlich nimmt sie fast vollständig beide fossae iliacae ein. Ihr Queerdurchmesser beträgt 20 Centim., von unten nach oben misst sie 11 Centim.

Bei der Vaginaluntersuchung ist der Gebärmutterhals leicht zu fühlen; er ist $4^1/_2$ Centim. von der Schaamspalte entfernt, steht nach vorn

hinter der Symphyse. Die beiden Muttermundlippen sind etwas von einander getrennt; der Finger kann, wenn er der vorderen Fläche des Gebärmutterhalses folgt, bis zu dem Körper des Organs gelangen, der nicht vergrössert und selbst nach vorn gedrängt ist. Hinter dem Cervix findet sich eine Geschwulst, die den hinteren Scheidenblindsack nach unten vortreibt, an einzelnen Stellen hart, an anderen weich und oedematös ist, und der hinteren Fläche des Gebärmutterhalses und der vorderen des Mastdarms genau anliegt. Der hintere Scheidenblindsack ist von der Schaamspalte 6 Centim. entfernt. Die Geschwulst scheint einen grossen Theil des kleinen Beckens nach rechts, links und hinten vom Uterus einzunehmen. Die obere Gränze derselben lässt sich bei der Vaginaluntersuchung mit dem Finger nicht erreichen. Bei der Succussion der Geschwulst im Hypogastrium fühlt man in der Scheide deutlich den Stoss, jedoch nur an gewissen Stellen der Geschwulst, der Uterus scheint unbeweglich.

Bei der Untersuchung durch das Rectum findet man die Geschwulst wieder, welche den Darm stark comprimirt. Die Oberfläche derselben erscheint unregelmässig, die Consistenz ungleich. Verstopfung, Harndrang, etwa 15mal in 24 Stunden; Abgang einer blutig-serösen Flüssigkeit aus der Scheide. Die Kranke hat von Zeit zu Zeit sehr heftige Schmerzen, die Drang zum Stuhl ohne Befriedigung hervorrufen. Haut heiss, Puls klein, 116 in der Minute. Die Kranke ist zu einer fortdauernden Rückenlage mit gebogenen Ober- und Unter-Schenkeln genöthigt. Die sitzende Stellung und die Lage auf der Seite sind wegen der unerträglichen Schmerzen, die sie hervorrufen, unmöglich.

Tardieu's Diagnose ist: Haematocle retrouterina. Verordnung: Ruhe im Bett. Kataplasmen auf den Bauch, abführendes Clystier.

Am 30ten. Ziemlich lebhafter Schmerz beim Druck, Haut heiss, Puls klein 110.

6ten Febr. Ziemlich lebhafte wehenartige Schmerzen, die in der Geschwulst zu sitzen scheinen; einige Frostanfälle mit nachfolgenden Schweissen.

11ten. Etwas reichlicherer Ausfluss aus der Vagina.

17ten. Von Zeit zu Zeit Schmerzen. Die gebliche Farbe der Haut ist weniger auffallend, die Geschwulst hat sich etwas verkleinert, steht 2 Querfinger unterhalb des Nabels, erscheint wie der Kopf eines achtmonatlichen Fötus. Man fühlt durch die Bauchwandungen eine gewisse Anzahl sehr harter, durch Furchen vor einander getrennter Körper von verschiedener Grösse, von der einer Nuss bis zu der eines Apfels. Ihre Vereinigung bildet die hypogastrische Geschwulst, die jetzt etwas beweglich geworden ist. — Dieselbe Behandlung.

23ten. Zeit wo die Katamenialperiode eintreten sollte; um 2 Uhr Nachmittags Schüttelfrost mit nachfolgender Hitze und profusem Schweiss,

keine Schmerzen im Abdomen; keine Veränderung in der Geschwulst nachweisbar.

24ten. Frostanfall zu derselben Stunde, wie gestern.

25ten. 50 Centigr. Chinin. sulph. 15 Stunden vor dem Anfall. 3 Uhr Abends, Frost, Hitze, Schweiss.

Am 26ten und 27ten. Trotz des Chinin. sulph. derselbe Anfall. Es hat sich keine Menstrualblutung eingestellt.

Bis zum 6ten März bekommt sie täglich einen allerdings leichten Fieberanfall.

Am 9ten. Etwas Schmerz im Abdomen; Verstopfung. Die Geschwulst erstreckt sich nur noch bis 4 Querfinger unter den Nabel. — Abführendes Clystier.

15ten März. Das Allgemeinbefinden ist befriedigend, die Geschwulst hat den Umfang einer grossen Orange, ist sehr hart, höckerig und sehr beweglich; andauernde Verstopfung. Seit dem 8ten März ist das Fieber ausgeblieben. — Calom. 50 Centigr.

16ten. Die Haut hat wieder etwas Farbe bekommen, das gelbliche Colorit hat sich verloren. Bei der Vaginaluntersuchung lässt sich der Gebärmutterhals schwer fühlen, er steht höher, als bei ihrem Eintritt in das Hospital, um ihn zu finden muss man den Finger hakenförmig krümmen und ihn hinter dem Schaambein aufsuchen. Er befindet sich im Grunde eines Blindsacks, der vorn durch die Schaambeine, hinten durch die Geschwulst begränzt wird. Dieser Raum, in den der Finger eindringt, ist etwa 1 Centim. breit; die Geschwulst liegt in einer um 2 Centim. tieferen Ebene als der Cervix; sie ist rundlich, elastisch.

Ich hebe noch als eigenthümlich hervor, dass man bei der Palpation über den Schaambeinen zwei Massen von verschiedener Dichtigkeit fühlt, eine obere und eine untere; drückt man auf die untere und legt zugleich einen Finger an den Gebärmutterhals, so fühlt man dass sich die Bewegungen demselben sehr deutlich mittheilen, während dies bei der oberen nicht der Fall ist.

Die Masse im Abdomen nimmt noch die ganze rechte Hälfte des Unterleibs ein, die linke ist frei. Druck verursacht etwas Schmerz. Die Kranke ist bis jetzt nur aufgestanden, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen.

17ten. Einige blassrothe Flecken im Hemd, etwas Schmerzen in der Unterbauch- und Sacral-Gegend.

25ten. Katamenialperiode, Ausfluss von sehr rothem Blut, lebhafte wehenartige Schmerzen im Hypogastrium, der Sacral- und Inguinal-Gegend.

26ten. Schmerzen und Ausfluss dauern fort, die Kranke hat von Zeit zu Zeit Hitze und Schweiss.

29ten. Der Ausfluss hat aufgehört.

30ten März bis 2ten April. Heftige Schmerzen im Hypogastrium und den Inguinalgegenden, Geschwulst unverändert.

3ten. Keine Schmerzen mehr.

10ten. Rückkehr der Schmerzen im Hypogastrium und den Inguinal-Gegenden; etwas röthlicher Ausfluss.

12ten. Der Ausfluss hat aufgehört, noch etwas Schmerz.

17ten. Blutiger Ausfluss der 12 Stunden dauert, während der Zeit Schüttelfröste.

20ten. Es zeigt sich von Neuem der Abgang einer blutigen Flüssigkeit, lebhafte Schmerzen, Bauch hart, Puls gespannt, Haut kühl.

22ten. Schmerzen und Ausfluss haben aufgehört.

24ten. Zustand befriedigend; die Geschwulst ist etwa von dem Umfange eines mittelgrossen Apfels, auffallend hart.

Bis zum 8ten Mai ausser leichten Schmerzen nichts Besonderes.

Am 8ten. Intensives Fieber, sehr lebhafte Schmerzen.

12ten. Die Schmerzen haben in derselben Heftigkeit fortgedauert. Die Geschwulst nimmt nicht ab, sie ist stets eben so hart. — Alkalische Bäder, Vichy-Wasser zum Getränk.

14ten. Die Schmerzen kommen nur noch in Intervallen; der blutige Ausfluss ist weniger reichlich.

20ten. Der Ausfluss hat aufgehört.

27ten. Noch etwas Schmerz. Die Geschwulst hat sich sehr verkleinert, sie nimmt die rechte Seitenhälfte des Uterus ein, erscheint von der Grösse eines Hühnereis, ist vollkommen indolent und von unregelmässiger Form. — Das Vichy-Wasser und alkalische Bäder sowie Clystiere gegen die Verstopfung sind fort gebraucht.

30ten. Schmerzen im Hypogastrium; Gefühl von Unwohlsein. Die Geschwulst ist bei Druck empfindlich. — Fliegendes Vesicator über die Geschwulst.

16ten Juni. Die Geschwulst verhält sich wie am 27ten, ist sehr beweglich. Der Gebärmutterhals steht stets nach vorn hinter den Schaambeinen und im Grunde eines Trichters; hinter ihm fühlt man eine harte Masse, die man auch bei der Untersuchung durch das Rectum wiederfindet und die von der Grösse eines Apfels erscheint. Die Kranke hat während des Gehens sehr erträgliche Schmerzen. Der Stuhlgang ist seit den letzten acht Tagen leichter geworden. — Fliegendes Vesicator über die Geschwulst.

Am 26ten Juni fühlt man oberhalb der Schaambeine, etwas nach rechts von der Mittellinie eine unter der Haut vorspringende, rundliche, indolente Geschwulst, die man durch die Vaginaluntersuchung als Uterus erkennt. Zwischen dem Gebärmuttergrunde und der Geschwulst, welche denselben nach rechts drängt, findet sich eine deutlich ausgeprägte Furche. Bei der Untersuchung durch den Mastdarm fühlt man, dass die Geschwulst aus mehreren kleinen sehr harten und völlig indolenten Massen besteht.

Am 31ten bis 6ten Juli. Schmerzen gering, einmal 2 Tage lang ein wenig reichlicher blutiger Ausfluss.

7ten. Die Kranke verlangt entlassen zu werden.

20ten. Der Zustand hat sich gehalten, die Kranke fühlt nur noch etwas unbedeutenden Schmerz im Hypogastrium.

24ten. Menstruation, die drei Tage dauert; wenig Schmerzen; die Kranke ist auf mein Anrathen während der Zeit im Bett geblieben.

25ten August. Fortdauernde Verstopfung. Etwas Schmerz beim Gehen belästiget die Kranke und zwingt sie, in ihrem Zimmer zu bleiben. Rechts und nach hinten vom Uterus ist eine nussgrosse, sehr harte, durchaus indolente Geschwulst zurückgeblieben.

26ten. Die Regel ist ohne Schmerz eingetreten; der Ausfluss nicht sehr reichlich, von normaler Farbe, dauert 4 Tage.

6ten Sept. Völlige Genesung. Die Kranke hat nur noch etwas Schmerz beim Versuch zum Stuhlgang, ist stets hartleibig. Bei der Untersuchung durch Vagina und Rectum findet sich keine Spur der Geschwulst mehr. Der Gebärmutterhals steht nicht mehr im Grunde eines Trichters, aber noch etwas mehr nach vorn als normal, er ist beweglich. Der Gebärmuttergrund ist nicht mehr über den Schaambeinen zu fühlen. —

Ich sah die Kranke im April 1858 wieder. Sie klagt in der Zwischenzeit zwischen den Regeln über Schmerzen in der linken regio inguinalis und hypogastrica und an der Innenfläche des linken Oberschenkels. Die Schmerzen scheinen von der regio hypogastrica auszugehen, sind remittirend, lancinirend. Die Kranke fühlt über der linken Inguinalgegend in der Tiefe des Beckens eine Anschwellung welche ich bei der gleichzeitigen Untersuchung vom Abdomen und der Vagina aus gleichfalls wahrnehmen kann. Diese Geschwulst liegt an der linken Seitenfläche des Uterus und scheint von der Grösse einer Nuss zu sein. Der Menstrualfluss ist seit November 1857 weniger reichlich als vor der Krankheit, dauert höchstens 2 bis 3 Tage. Die Kranke ist während der Regel nicht leidend, befindet sich gerade dann am besten. Verstopfung und Hämorrhoidalgeschwülste bestehen noch in derselben Weise fort.

In dem Gedanken, dass die Erscheinungen im Becken von einer gleichzeitig mit den Hämorrhoiden vorhandenen varicösen Entwickelung der Ovarienvenen abhängen könnten, verordnete ich ihr täglich kalte Sitzbäder und kalte Clystiere.

Seitdem ist ihre Gesundheit, ausser einigen Beschwerden bei der Menstruation, stets ziemlich gut gewesen.

6te Beob. — Haematocle retrouterina; längerer Aufenthalt im Bett; exspectative Behandlung; Heilung. [1])

[1]) West, Lectures on the diseases of women.

Eine kräftige, früher anscheinend gesunde Frau wurde in das St. Bartholomew's Hospital gebracht: sie scheint sehr schwer erkrankt, die Stirn ist mit Schweisstropfen bedeckt, die Haut kalt, der Puls schwach. Heftige Schmerzen, dabei ein comaähnlicher Zustand und Gefühl von Globus hystericus. Nach einigen Augenblicken Ruhe im Bett verminderten sich die Schmerzen und die Kranke vermochte einen Bericht ihrer Krankheit zu geben.

Sie ist 33 Jahr alt, im 17ten Jahre verheirathet, hat acht Monat nach ihrer Verheirathung ein gesundes Kind geboren, später dreimal abortirt, das letztemal vor zwölf Jahren. Die Menstruation war stets regelmässig, seit den letzten zwei Jahren aber reichlicher als früher. Im 16ten Jahr hatte sie ähnliche Schmerzen wie jetzt, wurde aber damals erfolgreich mit Application von Blutegeln und Schröpfköpfen behandelt. Seit acht Jahren, also im 25ten Jahre, traten die Schmerzen unmittelbar nach der Menstruation ein und dauerten eine Woche. Die Anfälle kamen aber alle 2 Stunden und dauerten $^1/_2$ bis 1 Stunde. Sie befand sich gewöhnlich vor und während der Menstruation besser; der Schmerz wurde oft durch Anstrengungen und bisweilen durch den Beischlaf hervorgerufen, während er bei längerer Ruhe und in liegender Stellung bald verschwand. Die Kranke hatte etwas Beschwerden beim Harnlassen. Die Stuhlentleerung war mühsam, als wenn dem Austritt der Fäcalmaterien ein Hinderniss entgegenstände. Während der Schmerzanfälle warf sie sich auf das Bett, wälzte sich von einer Seite zur anderen, brach in Thränen aus und klagte über Schmerzen wie bei einer kreisenden Frau.

Das Abdomen ist gespannt, der bedeutende Umfang desselben scheint von einer enormen Fettentwickelung in den Bauchdecken abzuhängen: die geringste Berührung ruft in den Bauchmuskeln Contractionen hervor, welche einige Minuten lang jede Untersuchung unmöglich machten.

Der Uterus steht ziemlich tief; die vordere Muttermundlippe ist etwa $^3/_4$ Zoll länger als die hintere; die Textur des Cervix ist normal, der Muttermund ist etwas geöffnet.

Nach links vom Uterus und sich etwas nach vorn erstreckend, findet sich eine höckerige, weich anzufühlende Geschwulst, die dem Uterus anzuhängen scheint; die Sonde, welche sich $4^1/_2$ Zoll einführen lässt, zeigt dass es sich um eine extrauterine und von den Gebärmutteranhängen unabhängige Geschwulst handelt.

Einige Dosen Chinin wurden in kurzen Zwischenräumen gegeben, hatten aber nur wenig Erfolg. Der Schmerz wich auf die Darreichung von Opium. Die Kranke wurde längere Zeit im Bett gehalten, auf Diät gesetzt und die Schmerzanfälle zu verhüten gesucht. Sie verliess das Hospital vollkommen geheilt.

7te Beob. — Haematocele retrouterina bei gleichzeitiger Metrorrhagie. Punction. Heilung.

Hôpital des Cliniques, Abtheilung Nélaton's, Frauensaal Nr. 3.

L . . , 31 Jahr alt, Nätherinn, aufgenommen am 3ten Mai 1856, hat die Regel zuerst im 13ten Jahr ohne Beschwerde bekommen, sich im 15ten Jahre verheirathet, mit 16½ Jahren nach 8 stündiger Geburtsdauer ein reifes Kind geboren, ist seitdem nicht wieder schwanger geworden. Die Menstruation hat sich aber seit ihrer Niederkunft verändert; während sie früher schon reichlich war und acht Tage dauerte, ist sie seitdem noch viel profuser geworden, so dass die Kranke zwischen jeder Menstrualperiode nur etwa acht Tage freie Zwischenzeit hat. Sie hat ausserdem bemerkt, dass diese Blutverluste von einem fortdauernden Schmerz in der rechten Seite des Bauches begleitet sind, der aber mit der Regel aufhört. Von Zeit zu Zeit sind auch Blutcoagula abgegangen.

Vor drei Wochen empfand sie, ohne bekannte Ursache, während der Katamenialperiode einen sehr heftigen Schmerz in der rechten Seite des Bauches, sie hatte dabei Abgang von Blutcoagulis. Sie befühlte bei den Schmerzen ihren Bauch und behauptet eine Geschwulst in der rechten regio hypogastrica wahrgenommen zu haben. Sie fuhr indess fort sich zu beschäftigen und hatte weder Fieber, noch Frost. Die Regel trat am 6ten April ein und dauerte bis zum 20ten. Am 6ten hatte sie die Geschwulst bemerkt.

Am 21ten nach Aufhören der Regel fühlte sie im Unterleibe sehr heftige lancinirende, ununterbrochene Schmerzen, sie war gezwungen sich zu Bett zu legen und in der Rückenlage zu bleiben. Seit dieser Zeit bemerkte sie eine allmälige Zunahme der Geschwulst; die Heftigkeit der Schmerzen veranlasste sie in das Hospital zu gehen.

Die Kranke ist von sehr reizbarem Temperament, brünett, jetzt sehr bleich, von äusserst anämischem Aussehen, weisslicher Conjunctiva. Sie ist in fortwährender Agitation, stösst Klagen und Seufzer aus, scheint heftige Schmerzen zu haben; die Schmerzen sind lancinirend, sie vergleicht sie mit denen bei der Niederkunft; durch den geringsten Druck auf den Bauch werden sie verschlimmert, so dass die manuelle Untersuchung des Abdomens nur schwer ausführbar ist. Die Inspection zeigt indess schon, dass die Gegend unter dem Nabel von einer enormen Geschwulst eingenommen wird, die sich derart vorwölbt, dass sie eine den Nabel um 1 Centim. überragende Erhöhung bildet. Die regio epigastrica erscheint im Verhältniss zu der regio subumbilicalis vertieft. Die Palpation ergiebt Folgendes: Die Geschwulst scheint sich in die Beckenhöhle zu verlängern; sie liegt in der rechten Seite des Abdomens und ist in dieser Gegend fixirt; wenn die Kranke sich auf die linke Seite legt, so tritt sie deutlicher hervor, sie ist fluctuirend, etwa von der Grösse eines Fötuskopfes. In der linken regio hypogastrica fühlt man eine kleine sehr harte, compacte Geschwulst.

Bei der Vaginaluntersuchung zeigt sich der Gebärmutterhals nach vorn stehend, der Blase genähert; die Scheide ist kurz, der Cervix ist ihr gefolgt und erscheint wie mit der hinteren Fläche der Symphyse verklebt, er ist klein, dünn, abgeplattet. Nach hinten von demselben findet man eine etwa orangengrosse, elastische, mit der im Abdomen zusammenhängende Geschwulst, in der man deutlich beim Klopfen auf jene Anschlagen fühlt.

Durch die Untersuchung per Rectum findet man dieselbe Geschwulst wieder, der Finger vermag indess nicht bis zur oberen Gränze derselben zu gelangen. Das Speculum ergiebt eine violette Färbung im hinteren Scheidenblindsack. Die Geschlechtstheile sind in Blut gebadet.

Stuhl hartnäckig verschlossen; die Kranke hat äusserst heftige Schmerzen, die ihr allen Schlaf rauben. Gewisse Schmerzen sind vorübergehend, lancinirend, andere andauernd, mehr drückend, Haut brennend heiss; Puls mässig entwickelt, 112.

Nélaton versucht vergebens die Schmerzen zu beruhigen; Blutegel an den After, Bäder, Opiate Alles bleibt ohne Erfolg. Da am 7ten die Geschwulst an Umfang zugenommen hat, so entschliesst er sich die Geschwulst im hinteren Scheidenblindsack zu punctiren; es entleert sich eine röthliche, aus Serum und Blut bestehende Flüssigkeit, etwa im Betrag von $1\frac{1}{2}$ Litres. Unmittelbar nach der Punction hören die Schmerzen auf.

Am 9ten lässt sich die Bauchwand leicht niederdrücken und man kann erkennen, dass der Uterus nach links geneigt ist. Seit der Punction hat kein Tropfen Flüssigkeit mehr das Hemd beschmutzt; die Kranke befindet sich so gut, dass sie entlassen zu werden wünscht, was ihr aber entschieden verweigert wird.

Am 12ten lässt sich bei der Palpation des Abdomen in der Mittellinie und in geringer Tiefe eine harte, längliche, bewegliche, aber auf einer entfernten Basis aufsitzende Geschwulst entdecken. Der Uterus steht nach links. Einige vage Schmerzen.

15ten. Die Geschwulst in der Mittellinie scheint zu wachsen, sie hat die Consistenz der Fibroide, nimmt an den dem Uterus ertheilten Bewegungen Theil. — Die Menstruation ist heute zur normalen Zeit erschienen. — Gute Nahrung, Ruhe im Bett.

28ten. In der letzten Nacht fühlte die Kranke plötzlich eine grosse Menge kaffeesatzartiger Flüssigkeit im Strom aus den Geschlechtstheilen ausfliessen; ein Theil davon fiel auf die Erde und wurde in dem Nachtgeschirr gesammelt, er betrug etwa 500 Grammes. Der Ausfluss dauerte acht Stunden lang reichlich fort, hat jetzt aber aufgehört.

29ten. Am Abend hatte die Flüssigkeit einen widerlichen Geruch; aber durchaus keine Schmerzen oder andere Zufälle.

31ten. Der Gebärmutterhals steht stets nach vorn; es ist unmöglich eine Spur der Punctionsöffnung aufzufinden. Die Abdominalgeschwulst ist weniger oberflächlich und nicht mehr so leicht zu fühlen,

sie findet sich 3 Querfinger breit unterhalb des Nabels. Die Palpation ist durchaus schmerzlos. Von Zeit zu Zeit fühlt die Kranke lancinirende Schmerzen in der Beckenhöhle. Keine Verstopfung mehr; Appetit.

1ten Juni. Aus dem Hospital entlassen.

2ten. Profuser Blutverlust aus der Scheide. Die Kranke schätzt die Menge des Bluts auf 1 Litre. Keine Schmerzen.

4ten. Durch die Palpation des Abdomens kann man keine Geschwulst mehr entdecken; die so bedeutende Masse, die man noch vor drei Tagen fühlen konnte, ist gänzlich verschwunden, die Hand findet an der Stelle nur noch eine etwas teigige Beschaffenheit. Der Gebärmutterhals steht stets tief und nach vorn, der Gebärmuttergrund liegt in der linken Hälfte des kleinen Beckens, unter dem hinteren Scheidenblindsack stösst der Finger auf eine harte, schmerzlose von vorn nach hinten abgeplattete Masse.

6ten. Dumpfe Schmerzen in der rechten Seite des Bauches, Gefühl von Schwere im After. Die Kranke erzählt, dass sie gestern beim Einführen des Fingers in die Vagina eine Anschwellung der rectovaginanalen Scheidewand gefühlt, eine Erscheinung, die, wie sie hinzufügt, bei ihr den Eintritt eines Blutflusses ankündige. In der That zeigen sich in der Nacht vom 6ten auf den 7ten einige Blutspuren im Hemde.

7ten. Gefühl von Unbequemlichkeit im Abdomen. Der Blutausfluss dauert fort, allerdings sehr wenig beträchtlich; das Allgemeinbefinden ist befriedigend, der Appetit sehr lebhaft.

11ten. Seit dem 9ten hat die bis dahin blutige Flüssigkeit eine schleimig-eitrige Beschaffenheit angenommen; in dieser Nacht fühlte sie die Kranke wie in einem Strahl ausfliessen, sie schätzt die Menge auf ein halbes Liter. Das Gefühl von Schwere im After dauert fort. Schmerzen nicht bedeutend.

14ten. Die Regel ist zur normalen Zeit nicht eingetreten.

15ten. Abgang einer schleimig-eitrigen Flüssigkeit aus der Scheide, die ohne Unterbrechung abfliesst, fortwährend Gefühl von Schwere im After.

21ten. Eintritt der Regel, Entleerung von Coagulis, kein Schmerz. Die Menstruation dauert bis zum 24ten.

28ten. Seröser Ausfluss.

Ich habe die Kranke seitdem zu verschiedenenmalen wiedergesehen; die Heilung ist definitiv; die Menstruation hat sich regelmässig hergestellt, aber stets in derselben Reichlichkeit; es sind keine Schmerzen, aber in der Zwischenzeit zwischen den Katamenien ein leukorrhoischer Ausfluss vorhanden.

8te Beob. — Haematocele retrouterina bei gleichzeitiger Metrorrhagie; Punktion. Tod. [2])

---

[2]) Mitgetheilt von Silvestre, Assistent der Abtheilung.

Hôpital Lariboisière, Saal St. Jeanne, Nr. 4, Abtheilung Voillemier. Elisa de Sanlis, 24 Jahr alt, verheirathet, ist am 22. Juni 1856 aufgenommen. Sie ist von nervösen Temperament, hagerer, sonst guter Constitution, etwas chlorotisch. Die Menstruation stellte sich zuerst im 14½ Jahre leicht ein, war stets regelmässig und reichlich; seit zwei Jahren haben sich etwas nervöse Beschwerden (Gastralgie, Koliken) eingestellt, die durch die Chlorose bedingt scheinen und namentlich dem Eintritt der Regel vorausgehen. Sie ist seit 1851 verheirathet, hat dreimal, die ersten beidenmale im 2ten, das drittemal im 4ten Monat abortirt. Im Jahr 1853 normale Geburt, Wochenbett ohne Folgen. Wiedereintritt der Regel nach 5 Wochen, die bis zum Februar 1856 regelmässig bleibt, dann plötzlich ohne bekannte Ursache unterdrückt wird; die Kranke glaubt sich schwanger, fühlt sonst 4 Monate lang durchaus keine Beschwerden.

Am 25ten April erscheint die Menstruation plötzlich wieder; trotzdem geht die Kranke in eine Abendgesellschaft und bekommt hier plötzlich, ohne getanzt, ohne überhaupt eine andere Anstrengung, als beim Singen gemacht zu haben, heftigen Drang zum Stuhlgang, begleitet von Schmerzen im Rücken und einem Gefühl von Schwere im After. Sie wird nach Haus gebracht; es stellt sich ein Blutfluss ein, die Schmerzen dauern mit kurzen Intervallen fort, und der Blutfluss stillt sich erst nach vorgenommener Cauterisation. Die periodische Wiederkehr der Schmerzen führt auf die Annahme einer Neuralgie des Rectum; der zugerufene Arzt beharrt 4 Wochen lang bei seiner Diagnose; um diese Zeit glaubt er eine Affection des Gebärmutterhalses zu erkennen und cauterisirt ihn mit Arg. nitr. und Wiener Paste; 4 bis 5 Tage nach der Cauterisation erscheint der Blutfluss von Neuem, dauert 14 Tage. Bis dahin hatte man das Vorhandensein einer Geschwulst noch nicht vermuthet; im Anfang Juni erkennt man eine Geschwulst, die einerseits in die Vagina, anderseits in die rechte fossa iliaca vorragt. Der Arzt denkt an einen Krebs oder eine fibröse Geschwulst; am 10ten Juni erscheint der Blutfluss von Neuem und die Kranke lässt sich am 22ten Juni 1856 in das Hospital aufnehmen.

Status praesens. Die Kranke ist von grosser Blässe, die aber nicht die einer Krebskranken, sondern einer Chlorotischen ist. Der Bauch ist wenig entwickelt; rechts drei oder vier Querfinger breit über den Schenkelbogen erkennt man unmittelbar unter der Haut eine harte, bewegliche, bei Druck schmerzhafte, etwa hühnereigrosse Geschwulst, die mit ihrem grössten Durchmesser in der Richtung des ligamentum latum liegt. Sie hat indess nicht die Form eines Eis, sondern eines eingebogenen Kegels, dessen Basis nach dem rechten Rande des Uterus und dessen Spitze nach der rechten fossa iliaca hin sieht; die linke fossa iliaca ist frei; in der Mittellinie kann man beim Eindrücken der Bauchdecken den Uterus in seiner normalen Grösse fühlen.

Die Vaginaluntersuchung ergiebt Folgendes: Die Scheide ist kurz,

der Gebärmutterhals voluminös, von gewöhnlicher Consistenz, runzlich und nach vorn und unten dislocirt; der hintere Scheidenblindsack ist auf der linken Seite frei, nach der Mittellinie zu fühlt man eine Hervorragung, die in dem Maasse zunimmt, als man sich der rechten Seite nähert; hier finden sich mehrere sehr consistente bei der Berührung wenig schmerzhafte knollige Erhabenheiten, der Uterus scheint mit diesen Geschwülsten verschmolzen, und man kann nur, wenn man abwechselnd einen Druck auf den Gebärmutterhals und den Grund der Geschwulst ausübt mit Mühe eine leichte Bewegung in dieser ganzen Masse hervorrufen.

Die Untersuchung durch das Rectum ergiebt eine sich in dasselbe verwölbende Geschwulst.

22ten bis 29ten. Die Schmerzen verschwinden, oder vermindern sich doch beträchtlich. Grosse Blässe.

29ten Juni bis 7ten Juli. Die Kranke hat Schmerzen im Rücken, im Bauch (Koliken), Tenesmus und Schmerzen, die in die Oberschenkel ausstrahlen; die Züge waren sehr verändert, der Bauch bei Druck empfindlich, so dass man, wenn nicht der Puls ruhig geblieben wäre, die Entwickelung einer Peritonitis hätte fürchten können.

7ten. Punction mit einem Explorativtrocart in den Theil der Geschwulst, der eine Hervorragung in der fossa iliaca bildet. Das Stilett wird wenigstens 4 bis 5 Centim. tief eingestossen, es erfolgt aber kein Austritt von Flüssigkeit. Die Schmerzen nehmen seitdem ab und verschwinden fast vollständig um nur von Zeit zu Zeit wiederzukehren; die Kranke bekommt ihre Heiterkeit wieder.

Vom 7ten bis 25ten. Der in der fossa iliaca gelegene Theil der Geschwulst verkleinert sich bedeutend, behält aber immer seine Consistenz.

29ten. Punction mit einem feinen Trocart in die weiche Geschwulst, welche in die Vagina vorragt; Abgang einiger Tropfen einer dicken, schwärzlichen, blutähnlichen Flüssigkeit; während des Tages noch Ausfluss von etwa 3 bis 4 Löffel derselben Flüssigkeit; Injection einer Abkochung von Mohnköpfen und Rad. Alth. Gegen Mittag etwas Fieber, Hitze der Haut und Kopfschmerz; keine Schmerzen in der Geschwulst.

30ten. Keine Schmerzen; der Ausfluss hat aufgehört; bei der Untersuchung erkennt man an der Stelle, die früher weich war, kleine harte, hervorragende Geschwülste von der Grösse einer Nuss; dieselben harten, hervorragenden Geschwülste sind auch in der linken Hälfte des Scheidenblindsacks vorhanden.

31ten. Es ist kein Ausfluss wieder eingetreten; während der Nacht haben sich Schmerzen eingestellt und sind so heftig geworden, dass sie den Schlaf verhinderten; sie dauern auch am Morgen noch fort. Bei der Vaginaluntersuchung findet Voillemier im Blindsack eine Anschwellung, eine teigige Auftreibung, die er für entzündlich erklärt; die Schmerzen dauern den Tag über fort. Die Kranke erhält 30 Tro-

pfen Laudanum und einige Löffel von einer 10 Centigr. Morph. mur. enthaltenden Mischung; sie schläft darnach einige Stunden. Erweichende Injectionen in die Vagina; kein blutiger Ausfluss.

4 Uhr Abends. Der Leib ist sowohl auf der linken als auf der rechten Seite schmerzhaft, nicht aufgetrieben, einige Frostschauer, etwas Uebelkeit. Haut heiss, Puls beschleunigt, Cephalalgie. — Kaltes Getränk, Eis, Fortsetzen der Mixtur. Um 11 Uhr Abends dauern die Schmerzen noch fort; die Züge drücken Erschöpfung aus, zeigen aber keine charakteristische Veränderung. — 10 Tropfen Laudanum; neue Mixtur mit 5 Centigr. Morph. mur.

1ten August. Die Nacht war sehr unruhig; dieselben Schmerzen im Bauch, der empfindlich, aber nicht aufgetrieben ist; Gesicht nicht verändert, kein Delirium, Haut warm, feucht, Puls beschleunigt, weder zu kräftig noch zu schwach; Schmerz beim Harnlassen. — Blutegel auf das Abdomen, die aber nicht stark bluten; Mixtur mit 1 Decigr. Morph. Aret.

7 Uhr. Kein Schlaf; Agitation ohne Delirien; Gesicht nicht verändert; Blässe, Schwäche, Entfärbung der Lippen in Folge des Blutverlustes; Unterleib sehr empfindlich beim Druck, nicht aufgetrieben; kein Ausfluss; ziemlich lebhafte spontane Schmerzen. Puls klein, häufig, schnell, etwas Erbrechen einer bräunlichen Flüssigkeit, die Epithelialzellen und veränderte Blutkörperchen enthält. — Selters.

2ten. Gesicht eingesunken, Augen schwärzlich halonirt, tief in der Orbita liegend, Bauch empfindlich und aufgetrieben, schmerzliches Erbrechen von der Farbe des Milchkaffees trotz Eis und Selters (Pot. River.). Kein Stuhl. Bewusstsein ungetrübt; bedeutende Schwäche. — Einreibung von Ungt. Mercur. und Bellad.

Mittags Tod.

Section 24 Stunden nach dem Tode. Bei der Oeffnung des Abdomen entweicht foetides Gas und mehr als ein Litre einer dicken, bräunlichen Flüssigkeit. Die Därme sind von Gas ausgedehnt, ihre Wandungen zeigen reichliche Gefässinjection. Das ziemlich schmale Netz steigt bis in das kleine Becken herab und ist mit dem Uterus und Dünndarm verwachsen. Die linke Niere ist nach unten und vorn getreten, sie ruht auf der linken symphysis sacro-iliaca und hat die Flexura iliaca, die in der Mittellinie unter dem Promontorium liegt, nach innen gedrängt. Verfolgt man die Flexura iliaca um zum Rectum zu gelangen, das in der Mittellinie gelegen ist, so findet man eine Geschwulst von der Grösse einer Faust; dieselbe erstreckt sich rechts bis zum Hüftbein, links bis zum entsprechenden Rand des Uterus, den sie nach oben überragt. Nach unten senkt sie sich in die Höhle des kleinen Beckens, wo wir sie später verfolgen werden. Nach vorn findet man folgende Anordnung: In der Mittellinie liegt der Uterus, er ist stärker entwickelt, als gewöhnlich im leeren Zustand. Sein Querdurch-

messer in der Höhe des Fundus beträgt 0,10, die Höhe 0,09m, seine Höhle ist normal, leer; die Dicke der Wandungen beträgt 0,02m.

Die Blase hat ihre normale Lage, sie wird vom Fundus aus geöffnet. Rings um den Hals und an der Basis findet sich eine sehr reiche Gefässinjection, welche die während des Lebens beobachtete Dysurie erklärt.

Seitlich und rechts erstreckt sich die Geschwulst unmittelbar bis zum breiten Mutterbande, dessen drei Falten man nicht mehr unterscheiden kann. An seinem äusseren Ende findet sich eine kleine Geschwulst, die in ihrer Form und Grösse dem Ovarium gleicht; es ist das die Hervorragung, die man als einen länglichen, gekrümmten Strang durch die Bauchwände fühlte. Sie ist an ihrem oberen Ende frei, ihr unteres Ende setzt sich in eine fernere Geschwulst fort, welche die Dicke des breiten Mutterbandes selbst einnimmt und bis zum rechten Rande des Uterus herabsteigt. Man kann sie bis zum Boden des kleinen Beckens verfolgen.

Auf der linken Seite sind die Organe in ihren normalen Beziehungen und zeigen weder Veränderungen in ihrer Form noch Structur.

Im kleinen Becken beobachtet man Folgendes: Durch die Untersuchung der Vagina mit dem Finger trifft man die Zeichen nicht mehr an, die man während des Lebens wahrgenommen hatte, weder die mediane Geschwulst, noch die knolligen Hervorragungen im rechten Theil des Scheidenblindsacks. Mit dem Gesicht kann man die in der hinter dem Gebärmutterhals gelegenen Geschwulst gemachte Punctionsöffnung erkennen; die Ränder derselben sind durch ein Exsudat verklebt, das sich leicht mit einer Sonde zerstören lässt.

Diess ist das Resultat der Untersuchung des kleinen Beckens, wenn die Organe an Ort und Stelle gelassen worden. Vor der Untersuchung jener Geschwulst im Besonderen, um ihre Verbindungen, ihre Gestalt und ihren Sitz kennen zu lernen, will ich noch einige Worte über das Peritoneum sagen, oder wenigstens das, was mir das Peritoneum zu sein schien. Von der linken Niere an, die es nach vorn überzieht, geht es auf die vordere Fläche der Flexura iliaca und des Rectum über; von da erreicht es den Gipfel der retrouterinen Geschwulst und springt dann zum Gebärmuttergrunde über, wo es sich wie im normalen Zustande verhält, mit dem Unterschiede, dass die hintere Fläche ganz von demselben entblösst ist. Die Anordnung dieser Membran an den Seitenpartien zeigt keine Veränderung, rechts überzieht es indess dieselbe Geschwulst, bevor es das Ligament erreicht. Man sieht hieraus, dass der retrouterine Blindsack nicht mehr vorhanden ist, dass das Peritoneum durch eine Geschwulst, welche das Rectum von dem Uterus trennt, nach oben zurückgedrängt ist. In der Mittellinie erkennt man eine Perforation des Peritoneums, durch die dasselbe mit der Höhle der retrouterinen Geschwulst communicirt und die vor dem Tode entstanden sein muss, da die aus dieser Oeffnung austretende Flüssigkeit

von derselben Farbe ist, wie die in der Bauchhöhle. Dieser Theil des Peritoneums löst sich sehr leicht von der Geschwulst ab; verfolgt man die Trennung weiter, so gelangt man dazu, die Cyste zu umschreiben und zum Theil von dem Uterus und dem Rectum zu isoliren. Nach dieser Isolirung, die mit der grössten Leichtigkeit geschieht, findet man, dass die einander entsprechenden Flächen des Uterus und des Rectum von einer glatten Membran überkleidet werden, die allerdings einige Aehnlichkeit mit dem Peritoneum hat.

Ich werde auf diesen Punkt zurückkommen. Uebrigens sitzt die retrouterine Geschwulst unten mit einem Theil ihres Umfangs an der Basis des rechten breiten Mutterbandes fest, dem Punkt, wo sie, wie wir später sehen werden, mit der in der Dicke des ligam. latum gelegenen Geschwulst communicirt. Sie wird von einem Blut, das schon zum Theil in die Bauchhöhle ausgeflossen ist, und Coagula enthaltenden Sack gebildet. Die Wände der Cyste sind 7 bis 8 Centim. dick. Sie sind an der Aussenfläche glatt, doch bemerkt man hie und da einige Züge, welche die Adhärenzen der Geschwulst mit den benachbarten Organen bildeten und die sich fast ohne Anstrengung zerreissen lassen. Die Innenfläche ist filzig, schwärzlich; schwärzliche Blutcoagula haften noch an derselben. Die Wände scheinen aus concentrischen Schichten eines weisslichen Gewebes gebildet. Die Höhle enthält, wie gesagt, Blutcoagula; einige derselben haften noch an den Wänden, andere, und zwar die grössere Zahl, schwimmen in der Höhle inmitten einer schmutzigen, schwärzlichen Flüssigkeit. Fast alle sind schwärzlich, einige mehr hellroth und bestehen aus zum Theil entfärbtem Fibrin.

Dieser Sack communicirt mit dem, welcher die Dicke des breiten Mutterbandes einnimmt; man sieht, wenn man den letzten drückt, eine der eben geschilderten vollkommen ähnliche Flüssigkeit in den ersten übertreten. Die Communication findet, nach der Schwierigkeit zu urtheilen, die man bei der Untersuchung mit der Sonde erfährt, offenbar durch eine sehr enge Oeffnung statt.

Die in den Blättern des breiten Mutterbandes gelegene Geschwulst liegt unmittelbar über dem Ovarium, das eine Wand für dasselbe bildet; sie verläuft schräg nach unten und innen um den Uterus an der Stelle zu erreichen, wo der Körper in den Hals übergeht. Sie ist vorn von dem Peritoneum bedeckt und erstreckt sich bis zur vorderen Bauchwand, durch welche man sie während des Lebens fühlte. Hinten ist sie gleichfalls vom Peritoneum bedeckt, dass sie von der ersten isolirt; sie ist wie diese abgekapselt, aber ihre Wände sind weniger dick und weniger von den umgebenden Geweben abgegränzt. Sie enthält neben zertheilten Blutgerinnseln und der schmutzigen, schwärzlichen Flüssigkeit eine röthere einem Coagulum ähnliche Masse; sie ist von der Grösse einer dicken Nuss, fast konisch mit nach unten ge-

richteter Basis, und mit ihrer Spitze an einem Stil sitzend, der sich in den adhärirenden Rand des Ovariums einsenkt. Die Tube endigt an der vorderen Wand dieser Geschwulst, öffnet sich aber nicht in die Höhle derselben. Das Abdominalende ist verschwunden und verliert sich in dem Gewebe, welches die Blutcyste bildet. Was die Masse von Blutgerinnseln betrifft, die Voillemier auf den Gedanken einer Extrauterinschwangerschaft brachte, so hat eine sorgfältige Untersuchung kein für diese Hypothese günstiges Resultat geliefert.

Ich habe schon gesagt, dass die Geschwulst des ligam. latum mit der retrouterinen Cyste vermittelst einer engen und sinuösen Oeffnung communicire, sie steht aber auch durch eine eben so enge und sinuöse Oeffnung mit der in der recto-vaginalen Scheidewand gelegenen Geschwulst in Verbindung. Die letzte Geschwulst wurde nicht vollständig geöffnet, indess ist ihr Inhalt von dem der andern Geschwülste nicht verschieden, wie man sich aus dem beim Druck hervortretenden Massen überzeugen kann. Diese Geschwulst ist es, die man in der Vagina fühlte, und die von da aus mit dem Trocart punctirt wurde. Wenn man eine Sonde durch die Punctionsöffnung einführt, so kann man damit in den Sack gehen, welcher den Umfang eines kleinen Apfels zu haben scheint, gelangt aber nur mit grosser Mühe in die Geschwulst des grossen Mutterbandes.

9te Beob. — Haematocele retrouterina bei gleichzeitiger Menorrhagie. Spontane Entleerung durch den Mastdarm. Heilung. [3])

Madame X . . , 30 Jahr, hager, von nervösem und sehr reizbarem Temperament. Seit 2 Jahren Menses unregelmässig, zuerst alle 14, dann alle acht Tage; Menorrhagien; Blut sehr roth; eine Schwangerschaft. Kind noch lebend. Erstes Symptom Metrorrhagien, später bemerkte die Kranke eine Geschwulst im Abdomen.

Status praesens. Bleichgelbe Gesichtsfarbe, Gebärmutterhals abgeplattet, nach rechts und vorn stehend; hinter ihm eine vom Uterus unabhängige Geschwulst. In der linken Seite des Unterleibes eine resistente, schmerzhafte, gegen die Medianlinie gerichtete Geschwulst. Im Rectum eine auf die vordere Wand desselben sich stützende Geschwulst, deren obere Gränze dem Finger unzugänglich ist. Heftige Schmerzen.

Entleerung eines schwärzlichen, mit Gerinnseln gemischten Bluts durch das Rectum zu zwei verschiedenen Malen und im Zwischenraum von zwei Tagen. Genesung.

Die Behandlung bestand in Application von Eis auf den Bauch.

10te Beob. — Haematocele retrouterina bei gleichzeiti-

---

[3]) Laborderie, Gazette des hôpitaux, 1854.

ger Menorrhagie. Tod. Section. Veränderung eines Ovariums. [4])

Frau Serv . . , 25 Jahr alt, seit 20 Monaten vor dem Eintritt der Regel Schmerzen im Hypogastrium und oft bis 30 tägige Dauer des Katamenialflusses; vor jeder Menstrualperiode Haematemesis. Seit der letzten sehr heftige Schmerzen im Abdomen. Ursache unbekannt.

Status praesens. Gebärmutterhals schwer zu erreichen, nach oben und vorn gegen das Schaambein gerichtet. Uterus unbeweglich, hinter ihm eine nicht fluctuirende, von der Gebärmutter unabhängige Geschwulst, die mit einer im Hypogastrium fühlbaren Geschwulst zusammenhängt. Die letzte ist von der Grösse einer Faust, ragt namentlich auf der rechten Seite hervor und verlängert sich in die Beckenhöhle. Der Mastdarm durch eine vor ihm liegende Geschwulst comprimirt. Sehr heftige Schmerzen; blutiger Ausfluss aus der Vagina mit Coagulis; Verstopfung. Tod nach 3 Monaten, ohne dass durch Bäder und Abführmittel eine Abnahme der Zufälle erzielt worden war.

Section. In der Beckenhöhle eine 14 Centim. im Durchmesser haltende, Blutgerinnsel enthaltende Geschwulst, Verwachsung derselben mit der Flexura iliaca und dem Rectum. Wandungen dick; im subperitonealen Zellgewebe nichts Abnormes; linkes Ovarium morsch, roth. Tuben gesund.

11te Beob. — Haematocele retrouterina bei einer an Metrorrhagien leidenden Frau, wahrscheinlich durch einen Coitus enstanden. Exspectative Behandlung. Heilung. [5])

Frau X., 21 Jahr alt, von guter Constitution, nervösem Temperament; Eintritt der Menstruation im 14ten Jahr unter Beschwerden; Unregelmässkeit derselben seit zwei Aborten. Dreimalige Schwangerschaft, nur einmal mit glücklichem Ende. Ursache der Affection scheint ein übermässiger Coitus zu sein. Drei Monat nach dem letzten Abortus hat sie an einer Metrorrhagie gelitten, die mit der Menstruation eintrat und 16 Tage dauerte.

Status praesens. Blassgelbe Hautfarbe, äusserste Prostration, frequenter Puls. Gebärmutterhals halb geöffnet nach vorn stehend, Gebärmutter nach rechts geneigt; nach hinten und links eine rundliche, feste und fluctuirende Geschwulst, die mit einer harten, dem Uterus nicht adhärenten Geschwulst im Hypogastrium zusammenhängt. Palpation des Abdomens sehr schmerzhaft. Im Rectum eine rundliche Erhabenheit, deren obere Gränze nicht zu erreichen ist. Kein Ausfluss aus der Scheide; spontane Schmerzen.

Keine aktive Behandlung; Heilung.

---

4) Bulletins de la société anatomique, 1858.

5) Gazette des hôpitaux. 1853.

12te Beob. — Haematole retrouterina bei einer an Menorrhagien leidenden Frau; Incision per Vaginam. Heilung. [6])

Frau X., 24 Jahr alt, von guter Constitution, lymphatischen Temperament, zuerst menstruirt im 15ten Jahr; Menstruation stets regelmässig. Hat drei sämmtlich lebende Kinder geboren. Seit zwei Monaten sind die Katamenialperioden von Blutflüssen, die zehn Tage dauern, und Schmerzen im Hypogastrium begleitet.

Status praesens. Prostration; Puls klein, 132. Im Abdomen längliche, bewegliche Geschwulst mit glatter Oberfläche, die sich vom Becken bis 2 Querfinger unter den Nabel erstreckt. Gebärmutterhals vergrössert, stark nach vorn gegen die Schaambeine gedrängt. Wehenartige, intermittirende Schmerzen. Im Augenblick der Schmerzen Abgang von Blutcoagulis durch die Scheide.

Behandlung. Incision der Geschwulst durch die Scheide, Abfluss einer schwärzlichen fadenziehenden Flüssigkeit, darauf und während der folgenden Tage Chlorkalkinjectionen in den Sack. Unmittelbar nach der Incision Verkleinerung der Geschwulst, 25 Tage nachher normale Menstruation; die zweite Menstruation 6 Tage zu spät, aber ohne Schmerzen. Heilung.

13te Beob. — Haematocele retrouterina am Ende einer Katamenialperiode auftretend; exspectative Behandlung. Heilung.

Frau Blonvel, Nätherin, 30 Jahr alt, von schwacher Constitution, hat dreimal geboren, zuletzt vor 3 Monaten. Vor drei Wochen Rückkehr der Katamenien, acht Tage nachher, ohne bekannte Ursache, Schmerzen im Hypogastrium und der Sacralgegend, die zur Ruhe im Bett nöthigen. Aufnahme in die Charité, Abtheilung Bricquet's, am 25ten August 1854.

Status praesens. Gesicht bleich, anämisch. Gebärmutterhals halb geöffnet, stark nach vorn gedrängt. Im hinteren Theil der Scheide zwischen dem Collum und Rectum eine harte, schmerzhafte, vom Uterus durch ihre verschiedene Consistenz sich unterscheidende, an gewissen Punkten weiche, den Bewegungen des Gebärmutterhalses nicht folgende Geschwulst von unregelmässiger Form und etwa von der Grösse eines dicken Apfels. Durch das Rectum fühlt man eine enorme und unregelmässige Masse, dessen obere Gränze nicht zu erreichen ist. Schmerzen bald mehr stechend, bald wehenartig, die ihren Sitz in der linken regio hypogastrica haben, und sich in den oberen Theil des Oberschenkels, die linke Hüfte und die Sacralgegend erstrecken, durch Gehen und Druck auf den Bauch vermehrt werden. Appetit, keine Verstopfung. — Bäder, Kataplasmen.

---

[6]) Gazette des hôpitaux. Juni 1857.

6ten Sept. Weniger Schmerzen; Leukorrhoe.

17ten. Die Kranke befindet sich merklich besser, verlangt entlassen zu werden. Die retrouterine Geschwulst ist kleiner geworden.

10ten November. Keine Spur der Geschwulst mehr; das Allgemeinbefinden hat sich noch mehr gebessert.

14te Beob. — Haematocele retrouterina; Ruhe im Bett; Blutegel, Besserung.

Cordier, 24 Jahr alt, bekam vor 11 Tagen nach einem Beischlaf Schmerzen in der rechten fossa iliaca, die sie zwangen sich zu Bett zu legen, wurde am 24ten Oct. 1854 in die Charité, Abtheilung Bricquet's aufgenommen.

Oberhalb des hinteren Scheidenblindsacks und nach rechts findet sich eine rundliche, sehr schmerzhafte Geschwulst, die sich höher hinauf erstreckt, als wohin der Finger gelangen kann. Der Gebärmutterhals steht nach vorn hinter den Schaambeinen. Bei gleichzeitiger Untersuchung von der Scheide und dem Abdomen aus fühlt man den Gebärmuttergrund nicht. Durch die Untersuchung des Rectum gelangt man zur oberen Gränze der Geschwulst. Schmerzen oberhalb der rechten Inguinalgegend. — 25 Blutegel an den After.

7ten Dec. Gebärmutterhals steht noch immer hinter dem Schaambein, die retrouterine Geschwulst hat sich verkleinert. — 25 Blutegel an den After.

23ten. Der Uterus hat seine normale Stellung wieder eingenommen; die Induration hinter dem Uterus ist kaum noch empfindlich. Keine Schmerzen. Die Kranke verlangt entlassen zu werden.

15te Beob. — Haematocele retrouterina, bei vorhandenen Metrorrhagien. — Längerer Aufenthalt im Bett; exspectative Behandlung. Heilung. (Hôpital Lariboisière, Abtheilung Tardieux's).

S . . , Schirmmacherin, 25 Jahr alt, ist von robuster Constitution, sanguinischem Temperament, brünett, nie ernstlich krank gewesen.

Die Menstruation stellte sich zuerst im 15ten Jahr nicht ohne dysmenorrhoeische Beschwerden ein. Im 18ten Jahr verheirathet, endete ihre erste Schwangerschaft mit einer Frühgeburt im siebenten Monat, die durch drei aufeinanderfolgende Aderlässe hervorgerufen zu sein scheint, welche wegen Contractur der Glieder vorgenommen worden waren. Die Venen der Unterschenkel sind seitdem varicös geblieben. Die Menstruation erschien drei Monat nachher wieder.

1852 neue glückliche Schwangerschaft. Das Kind starb im dritten Jahr. Sieben Monat nach dieser zweiten Niederkunft Abortus im dritten Monat.

Im August 1854 vierte Niederkunft. Die Geburt dauerte 12 Stun-

den; das Kind starb im ersten Jahr an Convulsionen. Die Regel stellte sich 5 Monat nachher wieder ein.

Im August 1856 Gesichtserisypel; seit November 1856 ist die Menstruation ausgeblieben.

In den ersten Tagen des November, der Zeit, wo die Menstruation hätte eintreten müssen, wurde sie von herumziehenden Schmerzen im Abdomen befallen. Ueber die Ursache vermochten unsere Fragen keinen Aufschluss zu erhalten. Vierzehn Tage lang litt die Kranke an diesen Schmerzen in Zwischenräumen von fünf bis sechs Tagen; der Anfall dauerte $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde. Sie bestanden in einem sehr lästigen Gefühl von Schwere und waren von Dyspnoe und Agitation begleitet. Nach dem ersten Anfall zeigte sich ein geringer Ausfluss einer serösblutigen Flüssigkeit. Indessen hörte die Kranke nicht auf zu arbeiten, sie wusch selbst bei sehr kaltem Wetter Wäsche im Canal. Von diesem Tage an verschlimmerte sich indess ihr Zustand wesentlich; am 15ten hatte sie einen Ausfluss einer ziemlich beträchtlichen Menge blutig-seröser Flüssigkeit, und die Schmerzanfälle kehrten anfangs alle zwei Tage, dann jeden Tag, endlich alle zwölf Stunden wieder.

Am 25ten December entschloss sich die Kranke einen Arzt zu consultiren, der sich von der Gegenwart von Blutcoagulis im Uterus überzeugte und Ruhe, Kataplasmen und Injectionen verordnete. Die Krankheit nahm indess ihren weiteren Verlauf. In der Nacht vom 28ten auf den 29ten December entleerte sich ein Blutcoagulum von der Grösse eines kleinen Apfels durch die Vagina, und während der folgenden Tage fand ein reichlicher Ausfluss blutig-seröser Flüssigkeit statt. Am 30ten December ging wieder ein Coagulum von der Grösse einer Nuss ab. Seitdem hat der blutig-seröse Ausfluss nicht aufgehört. Die Schmerzen dauerten mit der äussersten Heftigkeit fort und die Kranke verfiel in einen beunruhigenden Zustand von Schwäche. Am 3ten Januar 1859 wurde sie in das Hospital aufgenommen.

Status praesens. Die Haut ist sehr blass, die Gesichtszüge sind zugespitzt, die Wangen dunkelgeröthet. Die Kranke klagt über Brausen vor den Ohren und äusserste Schwäche, ihr Bewusstsein ist übrigens vollkommen klar, sie macht uns selbst auf den Zustand ihres Bauches aufmerksam.

Die Bauchwände sind schlaff, der Mangel an Aufgetriebenheit macht die Untersuchung leicht. In der regio hypogastrica findet sich eine rundliche Geschwulst, die sich in der Mittellinie bis 4 Querfinger unter den Nabel erstreckt und ziemlich beweglich ist. Sie erstreckt sich sowohl links als rechts über die Mittellinie hinaus, indess hauptsächlich nach links, wo man sie in der fossa iliaca über der Psoas fühlt. Die Oberfläche dieser Geschwulst ist regelmässig, sie fühlt sich wie eine ziemlich feste, allein doch etwas teigige Masse an. Druck auf sie ist kaum schmerzhaft. Die Percussion ergiebt über den Schaambeinen in einer Höhe von 2 Querfingern einen matten Ton, weiter

hinauf ist er hell, wie der eines von Gas ausgedehnten Darms. Der Gebärmuttergrund ist über der Symphyse nicht nachzuweisen.

Bei der Vaginaluntersuchung findet sich der Gebärmutterhals etwas voluminöser als gewöhnlich, 5 Centim. von der Schaamspalte entfernt, etwas nach vorn stehend; die Muttermundlippen sind indurirt und soweit auseinanderstehend, um die Spitze des Fingers eindringen zu lassen. Drückt man auf die oben beschriebene Geschwulst von oben nach unten und legt den Zeigefinger an den Gebärmutterhals, so fühlt man zwar entschieden die demselben mitgetheilten Bewegungen, die aber nur sehr unbedeutend sind. Der Uterus scheint in der That fest, fast unbeweglich zu sein. Hinter dem Cervix, zwischen ihm und dem Rectum, stösst der Finger auf eine voluminöse Masse; sie hat den hinteren Scheidenblindsack nach unten vorgedrängt, so dass man auf denselben 2 Centimeter unterhalb des Muttermundes trifft. Die Geschwulst liegt unmittelbar dem Cervix und Mastdarm an, sie scheint den ersten in Form eines Halbmonds zu umgeben und verlängert sich nach oben, rechts und links, ohne dass der Finger die obere Gränze bestimmen kann. Ihr Durchmesser von links nach rechts ist 8 Centim., von vorn nach hinten 2 Querfinger breit. Die Gewebe, welche den untersuchenden Finger von der Oberfläche trennen, sind weich und glatt. Durch das Speculum nimmt man keine abnorme Färbung war. Die Consistenz der hinter dem Uterus gelegenen Masse ist die eines ödematösen, teigigen Gewebes, sie zeigt weder Fluctuation bei einfacher Exploration durch die Vagina, noch bei gleichzeitiger Palpation des Abdomens.

Bei der Mastdarmuntersuchung begegnet man wieder derselben Masse, die fast das ganze kleine Becken einnimmt und das Rectum comprimirt, der Finger kann die obere Gränze nicht erreichen. Weder die Untersuchung durch die Vagina noch durch das Rectum sind besonders schmerzhaft. Die Wäsche der Kranken zeigt zum Theil hellrothe, zum Theil schwärzliche Flecke, die beschmutzten Theile sind wie gestärkt; der Ausfluss ist übrigens nicht sehr beträchtlich.

Die Kranke klagt über fortdauernde dumpfe, jedoch erträgliche Schmerzen, deren Sitz sie in der Geschwulst angiebt und die sie mit einem Gefühl von Schwere vergleicht, zugleich fühlt sie in derselben ein dem Radialpuls ähnliches Klopfen. Ausser diesen Schmerzen im Hypogastrium klagt sie noch über andere Schmerzen, die von der Lumbalgegend ausgehen, und die sie mit Wehen vergleicht. Die Schmerzen werden durch einen kurzen Gang, durch das Steigen der Treppen nicht vermehrt, aber die Kranke vermag nicht aufrecht im Bett zu sitzen, so sehr nehmen die Schmerzen in dieser Lage zu. Der Stuhl erfolgt nie ohne Hülfe von Clystieren; die Kranke wird durch häufigen vergeblichen Stuhldrang erschöpft. Der Harn zeigt nichts Besonderes; der Drang zum Harnlassen ist nicht häufiger als sonst.

Varicen an den Unterschenkeln, die namentlich rechts viel umfangreicher sind; kein Oedem der unteren Extremitäten. Die Respiration

ist gut, die Haut kühl, der Puls weich, kein Blasegeräusch in den Carotiden. Die Schmerzanfälle sind häufig von Frost begleitet.

Tardieu diagnosticirte eine Haematocele retrouterina und verordnet Ruhe, Kataplasmen und eine mässige Ernährung.

10ten Januar. Die Kranke klagt über wehenartige Schmerzen, Tenesmus und Blasenkrampf: es zeigt sich heute wirkliche Fluctuation in der Geschwulst. Verstopfung. — Lavements.

25ten. Erscheinen der Menstruation zur gehörigen Zeit ohne Schmerzen.

26ten. Schmerzen mit Stuhldrang. Der Katamenialfluss ist nicht sehr reichlich.

27ten. Nachmittags wird die Kranke von ausserordentlich heftigen Schmerzen ergriffen, so dass sie laut aufschreit. Die Schmerzen rufen Stuhldrang hervor. Die Kranke hat Erbrechen; der Puls ist klein, 104 in der Minute; die Geschwulst erstreckt sich heute bis 3 Queerfinger unter den Nabel; die Palpation ist schmerzhaft.

28ten. Die Schmerzen hören auf, der Ausfluss von Blut dauert fort.

11ten Februar. Ausfluss hat aufgehört.

3ten März. Die Geschwulst steht wieder 4 Queerfinger unter dem Nabel; einige herumziehende Schmerzen. — Belladonna - Pflaster auf das Hypogastrium.

5ten. Die Geschwulst steht jetzt 6 Queerfingerbreit unterhalb des Nabels, erscheint härter als vorher. Verstopfung. Die Haut bekommt wieder etwas Farbe. Die Kranke hat das Bett noch nicht verlassen.

25ten. Katamenialperiode. Im Hemde der Kranken zeigen sich einige theils dunkelrothe, theils schwarze Blutflecken.

27ten. Der Ausfluss dauert in mässiger Menge fort, die Geschwulst lässt sich bei einfacher Palpation des Hypogastriums kaum mehr auffinden.

2ten März. Aufhören des Ausflusses; Verstopfung.

15ten. Auftreibung des Bauches; Verstopfung; keine Schmerzen; geröthetes Gesicht. Magnes. sulph. 8 Gramm. Bei gleichzeitiger Untersuchung vom Hypogastrium und der Vagina aus fühlt man deutlich den hinter dem Schaambein liegenden Gebärmutterkörper. Der Gebärmutterhals steht stets nach vorn, ist dem Finger leicht zugänglich, noch voluminös. Hinter ihm im hinteren Scheidenblindsack fühlt man mehrere kleine, sehr harte 3 Ctm. über dem Cervix gelegene Geschwülste. Bei der Palpation des Abdomens erkennt man zwei ähnliche Massen hinter dem Uterus. Verstopfung. Der Kranken wird von jetzt an erlaubt aufzustehen; sie hatte bis dahin noch keinen Fuss auf die Erde gesetzt.

24ten. Etwas Schmerz.

27ten. Eintritt der Menstruation um zwei Tage zu spät. Das Blut ist reichlich, roth.

2ten April. Die Menstruation hat seit gestern aufgehört. In der

Tiefe des Hypogastrium fühlt man mehrere kleine, nussgrosse, harte, bei der Berührung schmerzlose Massen. Allgemeinbefinden sehr befriedigend.

7ten. Durch gleichzeitige Untersuchung vom Abdomen und der Vagina aus entdeckt man an der rechten Seite des Uterus eine ziemlich harte, bei Druck etwas schmerzhafte Geschwulst von der Grösse und Gestalt einer Nuss. Hinter dem Uterus findet sich eine sehr harte Geschwulst. Der Gebärmutterhals ist $4^1/_2$ Ctm. vom unteren Rand des Schaambeins entfernt; der Uterus ist fast von normaler Beweglichkeit.

20ten. Die Kranke verlangt entlassen zu werden. Der Allgemeinzustand ist sehr befriedigend, die Gesichtsfarbe blühend. Die Spitze des Zeigefingers dringt in den Muttermund ein, der Gebärmutterhals ist derbe, noch etwas voluminöser als normal. Rechts und nach hinten vom Uterus finden sich dieselben Geschwülste als vor 14 Tagen. Durch das Rectum fühlt man eine demselben genau anliegende, unregelmässig gestaltete Geschwulst von der Grösse einer dicken Birne. Neben dieser Hauptmasse finden sich in der Nähe noch mehrere kleine sehr harte und bewegliche von Haselnuss-Grösse. Diess sind also die Reste der ursprünglichen Geschwulst. Die Percussion in der regio hypogastrica ergiebt keinen matten Ton mehr, vielmehr einen tympanitischen Schall, der sich von der linken fossa iliaca bis zu einer 6 Ctm. von der Coecalgegend gezogenen Linie erstreckt. Diese Sonorität ist die des Dickdarms; wir glauben, die durch Gas ausgedehnte flexura iliaca unter dem Finger zu haben. Die Kranke ist genöthigt sich alle fünf bis sechs Tage ein Klystier zu geben. Die Harnentleerung ist normal; keine Leukorrhoe; keine Schmerzen.

Die Kranke zeigt sich noch von Zeit zu Zeit in der Klinik.

12. Mai. Die Regel ist erst heute 10 bis 12 Tage zu spät eingetreten, nachdem 3 Tage lang Schmerzen vorausgegangen waren. Sieben Tage lang profuser Ausfluss von schwärzlichem Blut.

19ten. Die Geschwulst an der rechten Seite hat sehr abgenommen, sie ist weich, noch etwas schmerzhaft; die Geschwulst hinter dem Uterus ist nicht mehr vorhanden. Blasegeräusche in den Carotiden. — Tonica vom 3ten bis 5ten Juni; Menstruation; der Ausfluss ist weniger reichlich als die anderenmale. Nach dem Aufhören der Regel abundante Leukorrhoe und einige Schmerzen im Abdomen.

2ten Juli. Etwas schmerzhafte Menstruation.

16ten. Die Geschwulst an der rechten Seite des Uterus ist nicht mehr aufzufinden.

Wir sahen die Kranke auch im August, September, October und November wieder. Die Heilung hat sich erhalten; die Menses sind mit vollkommener Regelmässigkeit wiederhergestellt; die Frau klagt nur noch über eine etwas reichliche Leukorrhoe. Die Geschlechtsorgane zeigen nichts Krankhaftes mehr. Die Verstopfung dauert fort.

16te Beob. Haematocele retrouterina bei einer mit hämorrhagischer Diathese behafteten Frau. Spontane Oeffnung durch die Vagina zu verschiedenenmalen. Heilung [7]).

Frau X. 43 Jahr alt, Wäscherin, von zarter Gesundheit, sanguinischem Temperament; zuerst menstruirt im 13ten Jahr. Während der Menstruation profuse und hartnäckige Hämoptysis, 65 Aderlässe in 3 Jahren, 15 sämmtlich glücklich verlaufende Schwangerschaften, die 15 Kinder noch am Leben. 1843 Suppression der Menses. 1851 Aufnahme im Hospital St. Louis, wo man eine Geschwulst im Hypogastrium findet. Während der folgenden zwei Jahre unregelmässige Menstruation und Schmerzen im Hypogastrium. Während dieser Zeit zwei Aborten, der eine von Zwillingen. Der zweite war von einer profusen Metrorrhagie begleitet.

Status praesens. Gesicht bleich, gedunsen, mit leidendem Ausdruck, Lippen trocken, Haut heiss, Augen halonirt. Bei der Palpation des Abdomens findet man eine Geschwulst, welche den linken Seitentheil des Beckens einnimmt, sich 1 Ctm. über den Schenkelbogen erhebt und in die Beckenhöhle einsenkt. Bei gleichzeitiger Untersuchung der Vagina keine Fluctuation. Die Geschwulst ist glatt und rundlich. Druck in der linken Seite schmerzhaft. — Geschwulst in der oberen Partie der Vagina hinter dem Cervix. Gebärmutterhals gesenkt, nach hinten gerichtet. Uteruskörper nach vorn und rechts dislocirt. Abgang von Blutcoagulis durch die Vagina. Schmerzen im Hypogastrium. Verstopfung; häufiger Harndrang. Dysurie; Harn roth, saturirt, weniger reichlich.

Siebzehn Tage nach der Aufnahme in das Hospital acht Tage lang Abgang von weichen, fadenziehenden Coagulis durch die Vagina. Abnahme der Geschwulst.

Drei Monate später von Neuem Abgang von flüssigem schwarzem fadenziehenden Blut durch die Vagina, dem Uebelkeit, Erbrechen, Fröste voraufgehen.

Die Geschwulst konnte noch acht Monate nach dem Beginn gefühlt werden. Behandlung: Opiate, Blutegel. Heilung.

17te Beob. Haematocele retrouterina; spontane Oeffnung durch die Vagina. Heilung [8]).

Frau X.. 28 Jahr alt, Stickerin, von guter Constitution, sanguinischem Temperament, zuerst menstruirt im 15ten Jahr. Die Menstruation war regelmässig, dauerte vier bis fünf Tage bis zur ersten Schwangerschaft, die im 18ten Jahre eintrat. Seitdem ist sie unregelmässig geworden. Die Entbindung war übrigens normal. Sechs Monat vor dem Eintritt in das Hospital Suppression der Menses, von Schmerzen

---

7) Thèse Fénerly, 1855.

8) Ibid.

begleitet. Fünf Monat später Hämaturie. Bei der Aufnahme in das Hospital Blutfluss aus der Scheide.

Status praesens. Geschwulst an der linken Seite des Uterus; man fühlt zwischen beiden eine Rinne. Die Masse ist unbeweglich, unregelmässig, hart. Im hinteren Scheidenblindsack unbewegliche, gespannte Geschwulst. Lancinirende Schmerzen im Hypogastrium, die sich in die Lendengegend ausbreiten. Verstopfung; Strangurie.

Drei und einen halben Monat nach der Aufnahme in das Hospital nach Wiederkehr der Regel Ausfluss eines schwarzen syrupartigen Bluts aus der Vagina. Unmittelbar nachher Abnahme der Geschwulst, von der man acht Monate nach dem Beginn nur noch schwache Spuren findet.

Behandlung exspectativ; Ruhe. Heilung.

18te Beob. Haematocele retrouterina. Exspectative Behandlung. Heilung [9]).

Frau X.. 21 Jahr alt, Wäscherin, zum erstenmal menstruirt im 16ten Jahr; Menstruation regelmässig bis zur ersten Schwangerschaft, die mit einem Abortus im vierten Monat endete. Seit der Zeit (vor 15 Monaten) Menstruation unregelmässig; Beginn der Schmerzen 20 Tage vor der Aufnahme in das Hospital.

Status praesens. Palpation des Abdomens schmerzhaft, unbewegliche Geschwulst an der linken und hinteren Seite des Uterus. Hinter dem Cervix sehr deutliche harte unbewegliche Erhabenheit, die sich etwas mehr nach links erstreckt. Gebärmutterhals tief und nach vorn stehend, klein, von hinten nach vorn abgeplattet, beweglich. Muttermund eng. Violette Färbung der Scheidenschleimhaut, welche die Geschwulst bedeckt; Verstreichung der Falten der ausgedehnten Schleimhaut. Heftige Schmerzen; Gefühl von Schwere im Perinäum.

Behandlung: exspectativ; fliegende Vesicatore; Heilung.

19te Beob. Haematocele retrouterina mit gleichzeitiger Verzögerung und Abnahme des Katamenialflusses auftretend; spontane Oeffnung durch den Mastdarm. Tod. Section. Veränderungen in den Ovarien [10]).

Frau X., 29 Jahr alt. Menstruation meist von 8tägiger Dauer. Einen Monat nach der letzten Menstruation kolikartige, intermittirende Schmerzen im Hypogastrium. Seit drei Tagen Schmerzen, die sich bei einer Verzögerung der Menstruation um acht Tage und einer statt sechs- nur zweitägigen Dauer derselben einstellen.

Status praesens. Geschwulst sowohl vom Hypogastrium als von der Vagina aus zu fühlen. Kolikartige Schmerzen im Hypogastrium, die

---

9) Thèse Fénerly 1855.

10) Bulletins de la société de la Chirurgie. Prof. Denonvilliers.

zur Ruhe im Bett nöthigen. Vier Wochen später spontane Oeffnung der Geschwulst durch den Mastdarm. Erscheinungen von Pyämie und Tod nach zwei Monaten.

Section. Geschwulst im Douglas'schen Raum, nach oben durch eine Masse Darmschlingen begränzt. An der hinteren Fläche eines Ovariums eine offene Höhle, die noch Blutgerinnsel enthält.

20te Beob. Haematocele retrouterina; Vaginalschnitt; Heilung [11]).

Frau X.. leidet seit längerer Zeit an Schmerzen im Abdomen, Dysmenorrhoe, aber nicht an Metrorrhagien.

Status praesens. Geschwulst im Hypogastrium. Hinter dem Gebärmutterhals rundliche Geschwulst vom Durchmesser eines Fünffrankenstücks. Fluctuation in derselben zweifelhaft. Cervix nach vorn dislocirt. Grauliche, etwas blasse Färbung der Schleimhaut, welche die Geschwulst bedeckt. Fortdauernde Metrorrhagie. Wenig Schmerzen.

Behandlung: Einschnitt durch die Vagina; Heilung.

21te Beob. Haematocele retrouterina bei einer an Metrorrhagien leidenden Frau; spontane Entleerung durch den Mastdarm; Heilung [12]).

Frau X.. 30 Jahr alt, sehr reizbar, an hysterischen Beschwerden leidend, hat einmal geboren. Seit 2 Jahren Dysmenorrhoe; unregelmässige Menstruation alle 14 Tage. Später hat sie alle acht Tage profuse Blutverluste gehabt. Das Blut ist rein oder mit Schleim gemischt.

Status praesens. Bei der Palpation des Abdomens findet sich eine Geschwulst an der linken Seite des Uterus. In der Scheide eine bewegliche, resistente, schmerzhafte Geschwulst hinter dem Gebärmutterhals, dieser nach vorn und etwas nach rechts gewandt, die hintere Muttermundlippe runzelich, fast verstrichen. Fortdauernde Blutverluste, Schmerzen wenig intensiv, namentlich durch die Exploration hervorgerufen. Blutige Stühle.

Nach vierwöchentlicher Behandlung enorme Entleerung von schwarzem, viscidem Blut durch das Rectum (2 Litres). Nach einiger Zeit abermalige Entleerung.

Behandlung: Kühlende Mittel. Ruhe. Heilung.

22te Beob. Haematocele retrouterina; Punktion der Geschwulst; Heilung nicht bewährt [13]).

Frau X.. 34 Jahr alt, Köchin, von guter Constitution, sanguinischem Temperament, zum erstenmal im 14ten Jahr und seitdem regel-

[11]) Société de Chirurgie, 1851.

[12]) Gazette des hôpitaux, 1851; und Thèse Fénerly, 1855.

[13]) Thèse Fénerly, 1855.

mässig menstruirt, hat mehrmals geboren, nie abortirt. Die Geschwulst hat sich nach und nach gebildet, von Uebelkeit und Erbrechen begleitet.

Status praesens. Blassgelbe Haut; anämisches Aussehen. In der linken Seite des Abdomens eine das lig. Fallop. 6 Ctm. überragende, männerfaustgrosse, runde, glatte, harte, undeutlich fluctuirende Geschwulst. Scheidenexploration sehr schmerzhaft. Im hinteren Scheidenblindsack vorspringende, fluctuirende, in die Abdominalgeschwulst übergehende Geschwulst. Sehr lebhafte Schmerzen im Unterleib, namentlich links.

Behandlung: Punction der Scheide und Incisionen wegen der Schmerzen. Unmittelbare Abnahme der Geschwulst.

Die definitive Heilung hatte sich acht Monate später nicht bewährt.

23te Beob. Haematocele retrouterina. Punction. Heilung [14]).

Frau X.. 35 Jahr alt, war 5mal schwanger, hatte jedoch nur eine rechtzeitige Geburt. In Folge einer Niederkunft Schmerzen im Hypogastrium und der Sacralgegend.

Status praesens. Schwere Allgemeinerscheinungen; Puls frequent. Geschwulst im Abdomen, die sich 4 Queerfingerbreit über das Schaambein erhebt. Links fühlt man den Uterus über den Schaambeinen, der vorderen Fläche der Geschwulst anliegend. In der Scheide längliche, voluminöse, in der Axe des Rectum gelagerte, fluctuirende Geschwulst. Gebärmutterhals hoch und nach vorn stehend. Verstopfung; häufiges Harnlassen.

Behandlung: Oeffnung der Vaginalgeschwulst mit einem Lithotriteur. Heilung.

24te Beob. Haematocele retrouterina bei gleichzeitiger Menorrhagie und wahrscheinlich durch eine grosse Ermüdung veranlasst; exspectative Behandlung. Heilung [15]).

Frau X.. 31 Jahr alt, von schwacher Constitution, zuerst menstruirt im 16ten Jahr und bis zum 20ten Jahr regelmässig; von dieser Zeit an Dysmenorrhoe und Leukorrhoe. Zwei normale Schwangerschaften. Die Affection scheint durch eine starke Ermüdung hervorgerufen zu sein. Im Anfang plötzliche heftige Schmerzen im Abdomen; seit einem Monat profuser Blutfluss; von Zeit zu Zeit wehenartige Schmerzen.

Status praesens. Haut blass, gedunsen. Bauch voluminös und schmerzhaft, in demselben eine Geschwulst, die sich in das grosse Becken erhebt, Schmerz in der linken fossa iliaca. In der Scheide hin-

14) Thèse, Prost. 1854.

15) Ibid.

ter dem Gebärmutterhals eine an einigen Stellen weiche fluctuirende, an anderen harte, fast das ganze kleine Becken einnehmende Geschwulst. Cervix tief, an das Schaambein gedrückt. Schmerzen im Abdomen, hin und wieder wehenartig. Uebelkeit, Verstopfung, häufiges Harnlassen.

Behandlung: exspectativ. Heilung.

25te Beob. Haematocele retrouterina, wahrscheinlich durch eine Anstrengung mit gleichzeitiger Menorrhagie entstanden; exspectative Behandlung. Tod. Section [16]).

Frau X.. 35 Jahr alt, Näherin, von zarter Gesundheit, zuerst im 16ten Jahr und seitdem regelmässig menstruirt. Zwei normale Schwangerschaften. Die Affection scheint durch eine Anstrengung hervorgerufen zu sein, der sogleich ein Gefühl von Krachen, Schmerzen in der Lumbosacralgegend und profuser Blutfluss folgten.

Status praesens. Im Abdomen eine mediane bis zum Nabel sich erstreckende und zwei seitliche in den Darmbeingruben sich verlierende Geschwülste. Fluctuirende Geschwulst im oberen Theil der Vagina; Cervix hinter den Schaambeinen; hintere Muttermundlippe allein fühlbar. Schmerzen im Abdomen; Verstopfung; Dysurie.

Behandlung: exspectativ. Tod.

Section. Peritonitis; Verwachsungen. Zwei Ovariencysten. Kindskopfgrosse, schwarzes viscides Blut enthaltende, mit den beiden Cysten communicirende Geschwulst.

26te Beob. Haematocele retrouterina wahrscheinlich durch einen Beischlaf verursacht und im Anfang von Menorrhagie begleitet; Verlauf der Affection unbekannt [17]).

Eine Kranke in der Pitié war zuerst im 14ten Jahre, seitdem stets unregelmässig, jedesmal 2 Tage und sehr wenig reichlich menstruirt, war dreimal schwanger, hat aber nur einmal zur gehörigen Zeit geboren. Auf die beiden Aborten folgten Hämorrhagien. Seit 16 Tagen ist in Folge eines Beischlafs eine sehr profuse Metrorrhagie eingetreten.

Status praesens. Bleichgelbe Hautfarbe, Prostration; Puls frequent, hart; Haut brennend heiss. Geschwulst im Hypogastrium, dem Uterus nicht adhärirend, Uterus rechts. Hinter dem Cervix rundliche, feste von der Schleimhaut bedeckte Geschwulst. Cervix ziemlich weit geöffnet, gegen das Schaambein gedrängt. Schmerzen im Abdomen und der Lumbo-Sacral-Gegend.

27te Beob. Haematocele retrouterina bei gleichzeitiger Amenorrhoe. Tod. Section [18]).

---

16) Ibid.

17) Thèse Cestan. 1855.

18) Archives de médecine, 1848. Mémoire sur la retention du flux menstruel, par Bernutz.

Frau X.. 40 Jahr alt, von schwacher Constitution, lymphatisch-sanguinischem Temperament, zuerst menstruirt im 16ten Jahr. Menstruation alle drei Wochen und von dreitägiger Dauer, mässig reichlich. Sieben Schwangerschaften; fünf Entbindungen zwischen dem sechsten und siebenten Monat; zwei rechtzeitige Geburten. Die Affection scheint Folge einer Ermüdung zu sein. Zwei Monat vor dem Beginn Amenorrhoe und wehenartige, anfangs sehr lebhafte Schmerzen; im folgenden Monat Amenorrhoe, Recrudescenz der Schmerzen, Uebelkeit, Erbrechen, Fieber. Vierzehn Tage nach dieser zweiten Verzögerung Ausstossung eines organisirten Gerinnsels und von Blut in einem Bade.

Status praesens. Abdomen schmerzlos, unten vorgewölbt. Geschwulst im unteren Theil desselben, die aus drei Theilen zu bestehen scheint; der eine grösste rundliche befindet sich links und erhebt sich etwa 2 Zoll über das lig. Fallop., einer rechts, gleichfalls rundlich überragt das Ligament 1 Queerfingerbreit, ein medianer überragt die Schaambeinfuge ebenfalls 1 Queerfingerbreit. Keine Fluctuation. Unbeweglichkeit. Cervix sehr tief stehend, dem Schaambein sehr nahe, hinter ihm eine Geschwulst, die mit der im Abdomen zusammenhängt. Keine Fluctuation. Blutiger Ausfluss aus der Scheide. Intermittirende, hin und wieder wehenartige Schmerzen in der Lumbosacralgegend. Kein Appetit. Flüssige Stühle. Harnentleerung nicht sehr reichlich.

Behandlung. Bäder; Kataplasmen; Blutegel. Tod drei Monat nach dem Beginn.

Section. $1^1/_2$ Litres Blut in der Bauchhöhle; Höhle des kleinen Beckens durch Verwachsungen zwischen den Därmen, dem Uterus und den breiten Mutterbändern abgeschlossen. In dieser Höhle Blutgeschwülste der Ovarien, gebildet durch Verwachsung der Eierstöcke mit den Blut enthaltenden Abdominalenden der Tuben. Communication der retrouterinen Höhle mit diesen Geschwülsten; die Tuben durch Blut in ihrer ganzen Länge erweitert; Beckenhöhle durch Pseudomembranen in zwei Theile getrennt; im rechten eine ziegelrothe Flüssigkeit; in der linken ein Coagulum von 3 Zoll Höhe, in dessen Mitte ein Stückchen Knorpel.

28te Beob. Haematocele retrouterina bei gleichzeitiger Menorrhagie; exspectative Behandlung. Heilung [19]).

Frau Estelle, 32 Jahr alt, Tagelöhnerin, von kräftiger Constitution, bekam die Menstruation zuerst im 25ten Jahr; diese war seitdem unregelmässig, schmerzhaft und zuweilen von Metrorrhagien begleitet. Eine normale Schwangerschaft. Vor zwei Monaten zur Katamenialzeit unregelmässiger blutiger Ausfluss von einigen Stunden; nach acht Tagen 10tägiger Blutfluss; plötzlicher Schmerz in der rechten Seite des Bauchs, Ohnmacht; bei der folgenden Katamenialperiode heftigere Schmerzen; biliöses Erbrechen.

---

19) Gallard, Union médicale, 1855.

Status praesens. Haut blass. Bauch gespannt, schmerzhaft; in demselben eine bis 3 Querfinger unter den Nabel sich erstreckende, nicht fluctuirende, matte, auf jeder Seite von der spin. ant. sup. il. 4 Ctm. entfernte Geschwulst. Geschwulst in der Vagina, deren obere Gränze nicht zu erreichen ist; normale Färbung der Vaginalschleimhaut. Zwei Monate lang Abgang von Blutcoagulis. Wehenartige Schmerzen; Harnentleerung beschwerlich und schmerzhaft.

Die dritte Katamenialperiode seit dem Beginn der Krankheit tritt mit einem einen Monat dauernden Blutfluss auf, ebenso die folgende. Die fünfte ist normal so wie die folgenden. Beträchtliche Abnahme der Geschwulst, vier Monat nach dem Beginn.

Behandlung: exspectativ, beruhigende Mittel, Ruhe im Bett. Heilung.

29te Beob. Haematocele retrouterina bei einer mit Amenorrhoe behafteten Frau; spontane Entleerung durch das Rectum; Heilung [20]).

Frau Borrière, 28 Jahr alt, Näherin, aus Savoyen, seit einem Jahr in Paris wohnhaft, wird am 19ten October 1857 in das Hospital Lariboisière, Abtheilung Oulmont's aufgenommen.

Sie ist von mittlerer Grösse, kräftiger Constitution, blühendem Aussehen, brünett. Die Menstruation trat zuerst im 12ten Jahr ein, war seitdem, selbst bis zur letzten Zeit, stets regelmässig, reichlich und dauerte vier bis fünf Tage. Sie hatte vor ihrer Ankunft in Paris nie Leukorrhoe.

Hat dreimal, im 21ten, 23ten und 25ten Jahre geboren, nie abortirt. Geburten und Wochenbetten stets normal; war früher nie krank. In ihrer Heimath führte sie ein sehr thätiges Leben auf dem Lande, arbeitete auf dem Felde und genoss eine sehr substantielle Nahrung. Seit ihrer Ankunft in Paris im November 1856 führt sie eine mehr sitzende Lebensweise; ihre Nahrung ist jedoch ziemlich gut.

Während der ersten Monate in Paris war die Menstruation ebenso regelmässig als früher, nur im Januar und Februar 1857 weniger reichlich. Gegen Mitte März trat die Menstruation zur gehörigen Zeit ein, dauerte aber statt vier bis fünf Tage 3 Wochen. Der Ausfluss war ebenso reichlich als sonst bei der Regel, das Blut dunkel, fast stets in daumendicken Coagulis. Schmerz hatte sie damals nicht. Seit diesem Blutfluss Blässe, fliegende Hitze, Schwindel, Brausen vor den Ohren, Gastralgie, Herzpalpitationen, Dyspnoe, kein Oedem der Unterschenkel, sechs Wochen lang Leukorrhoe. Dann wieder eine vierzehn Tage dauernde Metrorrhagie mit dunkelem zum Theil geronnenem Blut ohne Schmerzen im Bauch. Hierauf wieder 6 Wochen fluor albus und Erscheinungen von Chlorose wie früher. Mitte Juli Blutfluss von vier- bis

---

20) Mittheilung von Heurtaux.

fünftägiger Dauer, der sich ganz wie die gewöhnliche Regel verhält. Mitte August gleichfalls normale Menstruation. Dann bis Ende September kein Blutabgang weiter, aber stets fluor albus und Zeichen von Chlorose.

Gegen den 20ten oder 30ten September ohne wahrnehmbare Ursache (keine Anstrengung, Fall oder Excesse im Coitus) folgende Erscheinungen: während die Kranke mit einer Näharbeit beschäftigt war, wurde sie plötzlich von heftigen Schmerzen im ganzen Hypogastrium ergriffen, die nach der Bauchgegend ausstrahlten und die sie mit den Schmerzen bei Wehen vergleicht. Seit dieser Zeit hatte sie ein Gefühl von ausserordentlicher Schwere im Becken und eine Empfindung, als wenn ein fremder Körper aus der Scheide oder dem Mastdarm hervortreten wolle, was sie zu fortwährenden aber erfolglosen Versuchen zu Stuhl zu gehen veranlasste. Sie hatte keinen Frost, vielmehr Hitze und eine Unruhe, welche die ganze Nacht und die folgenden Tage andauerte. Uebelkeit, aber kein Erbrechen, kein Singultus. Seit dem Beginn Harndrang, Strangurie, beschwerliche Stuhlentleerung, Appetitverlust, Durst, Zunehmen der Blässe, des Herzklopfens, der Dyspnoe; zunehmende Schwäche. Die Kranke legte sich seit dem Eintritt der Schmerzen in das Bett; sie kann nicht sagen, ob von diesem Augenblick an der Leib stärker wurde, aber er war bei Druck schmerzhaft.

Diese Erscheinungen dauerten zwei Tage. Dann trat ein profuser blutiger Ausfluss aus der Scheide auf; das Blut war sehr roth, zum Theil geronnen. Von dem Augenblick an, wo dieser Ausfluss erschien, beruhigten sich die Schmerzen bedeutend, so dass die Kranke aufstehen und vier Tage lang ihre Beschäftigungen wieder vornehmen konnte. Aber dann kehrten dieselben ohne wahrnehmbare Ursache stärker als je zurück; die Kranke wurde gezwungen sich wieder niederzulegen und hat seitdem das Bett nicht mehr verlassen.

Sie hatte noch Uebelkeit, aber ohne Erbrechen, Stuhlgang selten, keinen Frost, aber Hitze und Agitation. Harnentleerung selten und schmerzhaft, Defäcation gleichfalls beschwerlich. Stets dasselbe Gefühl eines voluminösen und schweren fremden Körpers. Die Kranke hatte solche Schmerzen, dass sie sich im Bett zusammenkrümmte und während der ersten Tage in keiner Lage Ruhe finden konnte. Sie stand nur auf um zu Stuhl zu gehen, und diese kleine Anstrengung vermehrte ihre Leiden beträchtlich; sie war genöthigt sich beim Gehen zu krümmen. Die Schmerzen waren ebenso heftig in sitzender Stellung. Nach und nach beruhigten sich die Schmerzen etwas, ohne jedoch völlig aufzuhören. Seit der Recrudescenz der Schmerzen, die mit der Metrorrhagie begann, bis jetzt, hat der Blutfluss beständig fortgedauert, ist nur etwas weniger reichlich geworden. Das Blut war stets dunkel und zum Theil coagulirt. Die Kranke hatte stärkeres Herzklopfen als je bei der geringsten Bewegung, die sie im Bett machte, Athemlosigkeit, Schwindel, Ohrensausen. Im linken Bein Stiche nach dem Verlauf des Nerv.

isch., Ameisenkriechen, hin und wieder Crampi, Gefühl von Kälte. Diese Erscheinungen waren am stärksten beim Liegen auf der linken Seite. Die Kranke hat nie ein Oedem bemerkt. Vor etwa acht Tagen wurde sie ganz zufällig eine Geschwulst in ihrem Unterleib gewahr, die sich seitdem, wie sie sagt, nicht verändert hat.

Bislang keine Behandlung.

Status praesens. Etwas Abmagerung; Haut und Schleimhäute blass; Bauch voluminös, im oberen Theil gegen die Weichen hin und im rechten Theil des Hypogastrium weich. Im mittleren Theil des Hypogastrium fühlt man eine rundliche, glatte, sehr harte, 5 Queerfinger über das Schaambein sich hinauf erstreckende Geschwulst, die man vom Gebärmuttergrunde nicht unterscheiden kann. Beide Körper sind wahrscheinlich verschmolzen. Rechts endet die Geschwulst einen Queerfinger von der linea alba mit abgerundetem Rande, links verlängert sie sich mehr nach aussen und oben, so dass sie mit ihrem Ende die Mitte einer Linie erreicht, die man sich vom Nabel bis zur Spin. ant. sup. il. gezogen denkt. Die Geschwulst ist allenthalben gleich resistent, selbst ein leichter Druck ist sehr schmerzhaft; die Percussion vollkommen matt.

Leichte Cystocele vaginalis. In der Mitte der Scheide fühlt man eine faustdicke Geschwulst von mittlerer Härte, welche die hintere Scheidenwand vordrängt und fast den ganzen Canal eingenommen hat; sie überragt den Gebärmutterhals um etwa 3 Ctm. Vor der Geschwulst und hinter der Cystocele vaginalis findet sich ein enger Canal, in dessen Grunde man den stark nach oben und vorn geschobenen und gegen das Schaambein abgeplatteten Cervix fühlt. Keine Fluctuation. Auf der Oberfläche der Geschwulst pulsirt eine Arterie.

Bei der Untersuchung des Mastdarms findet man dieselbe Geschwulst, welche die Wände desselben aneinander drückt.

Haut etwas heiss; 84 Pulse; Herz normal; sehr starke Venengeräusche. Nichts Abnormes in den übrigen Organen. Kein Oedem der Unterschenkel.

20ten Oct. 15 Blutegel; Kataplasmen mit Opium.

22ten. Abnahme der Schmerzen, stets etwas Blutverlust durch die Scheide. Erweichendes Klystier.

24ten. Fühlt sich etwas erschöpft, war die ganze Nacht schlaflos, unruhig, leichter Kopfschmerz, Haut warm, Puls etwas beschleunigt (92), Abends aber stärkeres Fieber, Puls gross, resistent 108, stärkerer Kopfschmerz; keine Schmerzen mehr; etwas blutiger Ausfluss. Sonst derselbe Zustand.

25ten. Noch etwas Fieber, Puls 96, etwas Schmerz im Hypogastrium; Geschwulst unverändert, vielleicht sich etwas mehr nach rechts, parallel mit dem Schenkelbogen und unmittelbar hinter demselben erstreckend.

27ten. Einige dysenterische Stühle (albuminöse Massen). Etwas

Schmerz in beiden Darmbeingruben. Tenesmus. Puls etwas beschleunigt, namentlich Abends; kein Ausfluss von Blut aus der Vagina mehr; hypogastrische Geschwulst unverändert. — Mixt. Gumm., Laudan. gtt. XX, ½ Lavement mit 6 Tropfen Laudanum; flüssige Speisen, Bouillon.

11ten November. Keine Dysenterie mehr, Puls normal.

31ten. Seit gestern Abend Wiederkehr der dysenterischen Stühle (Schleim, etwas Blut) 8 bis 10 mal täglich; Tenesmus; etwas Kolik; Blut hellroth, nicht sehr reichlich. Kein Abgang von Blut, und überhaupt keiner Flüssigkeit aus den Geschlechtstheilen mehr; Puls 96, Haut etwas heiss, keine Uebelkeit, Zunge normal. — Mixt. Gumm. Extr. Opii 0,10 gr.

7ten. Kolikschmerzen geringer, nur zwei Stühle täglich, mit weniger Blut.

10ten. Wurde gestern gegen 11 Uhr Morgens von heftigen Kolikschmerzen befallen, hatte fast alle 10 Minuten des Bedürfniss zu Stuhl zu gehen. Anfangs natürliche, flüssige Massen. Gegen Abend Entleerung von dunkelrothem Blut, welches die Kranke mit Johannisbeergelée nur von etwas braunerer Farbe vergleicht. Der Ausfluss dauerte die ganze Nacht fort. Bei der Palpation des Hypogastrium lässt sich die Geschwulst nur noch schwer fühlen, sie hat sich in ihrer ganzen Ausdehnung, zuerst in der Mittellinie, dann auch nach der linken Seite hin bedeutend verkleinert.

11ten. Gestern und die Nacht vier Stühle von derselben Beschaffenheit; heute am Tage zwei, welche gleichfalls dieselben Massen, jedoch an Menge nur etwa zwei Esslöffel voll. enthalten; das Bedürfniss zur Stuhlentleerung ist stets sehr drängend, die Harnentleerung leicht; mässiger fluor albus; kein Erbrechen; Puls mässig frequent; Haut feucht. Bei der Palpation des Abdomens findet man keine Spuren der Geschwulst mehr; Schmerz beim Druck, aber sehr mässig. Der Gebärmutterhals ist in seine normale Lage zurückgekehrt, steht aber offen; der Uterus ist etwas beweglich; hinter ihm ist ein Rest der Geschwulst geblieben, der von der Grösse einer starken Nuss, ausserordentlich hart, rundlich, glatt und bei Druck schmerzlos ist. Im Rectum fühlt man eine rundliche, sehr harte, aber in den Darm weniger sich verwölbende, noch etwa Handflächen breite Geschwulst. Keine Störung des Allgemeinbefindens.

12ten. Vier ähnliche flüssige Stühle.

13ten. In der Nacht noch zwei (nicht untersuchte), am Tage kein Stuhl mehr. Bauch natürlich, wenig schmerzhaft; beim Druck nichts wahrnehmbar. Puls und Haut normal.

24ten. Entlassen. Es bleibt hinter dem Gebärmutterhals noch eine sehr feste Geschwulst von der Grösse einer keinen Nuss. Kein blutiger Ausfluss, weder aus der Scheide noch aus dem Mastdarm mehr.

30te Beob. — Haematocele retrouterina mit gleichzeitiger Metrorrhagie; gangränöser Abscess des Gesässes. Tod. Section. [21])

C . . . , Nätherin, 38 Jahr alt, in den Pyrenäen geboren, seit zwei Jahren in Paris wohnhaft, wird am 17ten August 1857 in das Hospital Lariboisière, Abtheilung Oulmont's, aufgenommen.

Die Menstruation erschien zuerst im 14ten Jahr ohne Beschwerde, im 30ten Jahr eine normale Geburt, keine frühern Krankheiten. Jetzt ist sie seit $2^1/_2$ Monat krank. Zehn Tage nach einer Katamenialperiode bekam sie plötzlich, ohne nachweisbare Ursache, einen Blutfluss, der etwa 20 Tage anhielt. Das Blut war sehr roth, bald flüssig, bald geronnen; die Coagula wurden häufig nach sehr deutlichen Uterinkoliken ausgestossen. Gegen den 20ten Tag traten Schmerzen in der regio hypogastrica auf und waren so heftig, dass die Kranke sich auf ihrem Bett zusammenkrümmte; sie hatte jedoch damals weder Fröste, noch Erbrechen, Kopfschmerz oder Fieber. Zwei Tage später bemerkte sie, dass sie eine Geschwulst im Unterleibe habe, diese war nicht so gross, als sie jetzt ist. Sie hatte jetzt einige Tage lang unregelmässige Frostanfälle, auf die Hitze und Unruhe folgten. Ein hinzugerufener Arzt verordnete Ruhe im Bett, Blutegel an das Hypogastrium und Kataplasmen. Der Blutverlust hörte jetzt auf, aber nur auf einige Tage; seit $1^1/_2$ Monat ist er wiedergekehrt, allerdings nicht so profus, aber doch immer noch sehr beträchtlich. Die Kranke hat seitdem ununterbrochen das Bett gehütet. Schwäche, Magerkeit, starke Blässe, Herzklopfen und Oppression bei der geringsten Bewegung; wenig Appetit, kein Erbrechen, habituelle Verstopfung; häufige beschwerliche Harnentleerung. Seit etwa 10 Tagen ist das ausfliessende Blut sehr blass geworden.

Status praesens. Schwäche, Magerkeit, Gesicht blass, Schleimhäute entfärbt, Puls schwach 68; Bauch gerundet, bei Druck ziemlich schmerzhaft. Bei der Palpation des Abdomen hat man durchaus die Empfindung von zwei Geschwülsten, die eine links gelegene erstreckt sich fast bis zur Höhe des Nabels, senkt sich mit ihrem unteren Ende in das kleine Becken und hängt in der Gegend des Uterus mit der der anderen Seite zusammen; ihr linker Rand ruht auf der fossa iliaca, ihr innerer Rand ist etwas concav und in seiner ganzen Ausdehnung ziemlich dünn. Die Geschwulst zeigt eine bedeutende, fast knorpelartige Härte. Die Geschwulst auf der rechten Seite verhält sich ziemlich ähnlich, ist nur etwas weniger umfangreich. Beide Geschwülste geben bei der Percussion einen vollkommen matten Ton.

Bei der Vaginaluntersuchung findet man eine runde, mässig harte, den hinteren Theil der Scheide verwölbende und diese fast vollständig

21) Mitgetheilt von Heurtaux.

obliterirende Geschwulst, der Gebärmutterhals ist sehr stark nach oben und vorn unmittelbar gegen den obersten Theil der Symphyse angedrängt, sonst normal, etwas geöffnet.

18ten Aug. Potio gumm., Ol. Ricini 30 Gram., Einreibung von Ungt. Bellad. auf den Bauch, Kataplasmen, 1 Opiumpille.

23ten. Ameisenkriechen in den unteren Extremitäten. — 12 Blutegel auf das Hypogastrium, die reichlich bluten, und wonach sich die Kranke erleichtert fühlt.

26ten. Ziemlich lebhafte Schmerzen in der rechten fossa iliaca. — 10 Blutegel an diese Stelle; Kataplasmen. Die Menstruation hätte heute eintreten müssen, ist aber ausgeblieben.

28ten. Seit zwei Tagen Verstopfung. — Bäder, Oelclystiere.

29ten. Die Kranke hat gestern heftige Leibschmerzen mit Drang zum Stuhl gehabt; aber nichts entleert. — Ol. Ricini 30 Grammes.

30ten. Oedem der linken unteren Extremität, namentlich des Unterschenkels; der rechte Unterschenkel weniger geschwollen. Das Abführmittel hat mehrere reichliche, flüssige Stühle bewirkt. Es scheint, dass die beiden beim Druck des Abdomen empfindlichen Lappen der Geschwulst sich etwas verkleinert haben.

2ten Sept. Die Geschwulst ist namentlich rechts, wo auch Druck auf das Abdomen keinen Schmerz mehr verursacht, merklich kleiner geworden; die linksseitige Geschwulst ist noch in demselben Zustande und der Sitz ziemlich lebhafter Schmerzen. 10 Blutegel in die linke fossa iliaca.

3ten. Die Blutegel haben wenig geblutet, das Blut war blass. Seit der Aufnahme hat keine Uterinblutung stattgefunden, die Gesichtsfarbe ist sehr anämisch; der Leib ist zwar nicht weich, doch scheint die Geschwulst abgenommen zu haben. Die Geschwulst in der Scheide ist nicht mehr so hart, als in den ersten Tagen, ihre Consistenz ist fast überall gleichmässig. Vier diarrhöische Stühle.

8ten. Eingeschlafensein und Ameisenkriechen in der linken unteren Extremität, mit einem Gefühl von Kälte; das Oedem derselben ist geringer geworden. Bauch in der linken fossa iliaca schmerzhaft. — Fortwährend Einreibungen mit Ung. merc. c. Bellad.; Kataplasmen; Ferr. hydrogenio red. 30 Centigr.

10ten. Uebelkeit, etwas Durchfall, kein Fieber, Züge normal.

11ten. Leichte Diarrhoe, der Schmerz in der linken fossa iliaca dauert fort, aber die Geschwulst nimmt merklich ab; fortwährendes Oedem des linken Unterschenkels.

13ten. Bei der Vaginaluntersuchung zeigt sich die Geschwulst noch ebenso voluminös, aber weicher, fast fluctuirend; der Uterus ist stets stark gegen das Schaambein angedrängt. Fortwährende Diarrhoe. — Opiatclystier.

16ten. Stets Diarrhoe, Schmerzen im Abdomen, weniger wenn die

Kranke auf der linken Seite liegt; starke Venengeräusche. — Bad, Kataplasmen, Ferr. red.

18ten. Die Geschwulst der fossa iliaca hat merklich abgenommen, sie ist mehr abgerundet, weniger nach oben ausgebreitet; der Bauch ist ziemlich schlaff, seit gestern keine Diarrhoe mehr, kein Fieber. Ungt. Mercur., 1/4 Lavement mit 6 Tropfen Laudanum.

21ten. Seit gestern wieder sehr starke Diarrhoe; die entleerten Massen bestehen in einer schleimigen Flüssigkeit und werden unter starkem Tenesmus herausgestossen. — 1/2 Clystier mit 8 Tropfen Laudanum; Mixtur mit 5 Grammes Bism. subnitr., Mercurialeinreibungen; Decoct. alb.; Suppen; Bouillon.

22ten. Die Kranke ist sehr schwach. Gestern zwei flüssige Stühle. — pergat.

23ten. Die Geschwulst, welche man in der linken fossa iliaca fühlte, ist fast vollständig verschwunden, man fühlt nur noch in der Tiefe eine teigige Schwellung; reichliche, diarrhoische, schleimige, unter Tenesmus entleerte und eine kleine Menge flüssiges, etwas verändertes Blut enthaltende Stühle; Puls nicht abnorm beschleunigt; Zunge etwas weislich. Bei der Vaginaluntersuchung ergiebt sich, dass die Geschwulst, die einen so bedeutenden Vorsprung in die Scheide bildete, verschwundnn ist und nur einen harten Knoten links und hinten vom Cervix zurückgelassen hat.

27ten. Puls 104, mehrere flüssige Stühle seit heute Morgen, sie enthalten wenig Blut, gehen unwillkührlich ab. — Mixtur mit Extr. Ratanh. 4 Grammes; halbes Opiatclystier.

1. Oct. Ein bis zwei einfach schleimige Stühle täglich. — Suppen. Lavement mit Tannin.

3ten. Die Diarrhoe hat aufgehört; die Geschwülste, welche man im Abdomen fühlte, sind nicht mehr vorhanden; Zunge fast normal; etwas Appetit. — Ein Cotelett.

6ten. Die Kranke ist in einem Zustand grosser Schwäche; sie klagt über einen Schmerz im linken Hinterbacken; diese Gegend ist roth, geschwollen, bei Druck sehr schmerzhaft; wenig Fieber. — Bäder, Kataplasmen.

8ten. Die Diarrhoe ist wiedergekehrt; vier flüssige Stühle; die Phlegmone in der Sitzbeingegend zeigt keine fluctuirende Stelle; die Gegend ist roth, hart, schmerzhaft, geschwollen; die grossen Schaamlippen sind ödematös. — Viertelclystier mit 1 Gramme Tannin und 8 Tropfen Laudanum; Kataplasmen; Mixtur mit 4 Grammes Ratanh.; 15 Tropfen Laudanum; Reiswasser, Diät. Die Kranke wird in die chirurgische Abtheilung versetzt.

10ten. Chassaignac spaltet die Phlegmone diffusa tief; selbst das Rectum, das in enormer Ausdehnung abgelöst ist, wird vom linken Gesäss aus eingeschnitten; es entleert sich aus der Oeffnung eine beträchtliche Menge Eiter und Fetzen sphacelösen Bindegewebes. Es zeigt

sich dann, dass die Eiterung die zwischen beiden Hinterbacken liegenden intermediären Zellgewebsschichten ergriffen hat. — Injectionen von einfachem Wasser in den Eiterheerd. Diese werden in den folgenden Tagen fortgesetzt, es entleeren sich noch weitere Zellgewebsfetzen. Die Kranke hat noch einige dysenterische Stühle. — Es entsteht eine profuse Suppuration in dem Eiterheerd, trotz der reinigenden Injectionen, die Kranke wird immer schwächer, es stellt sich heftiges Fieber mit klebrigen Schweissen und profuser Diarrhoe ein und der Tod erfolgt am 20ten October.

Section 24 Stunden nach dem Tode. Temperatur kalt und etwas feucht; Leiche wohl erhalten.

Aeusserlich nichts Abnormes; Leib gross, keine Spur der retrouterinen Geschwulst mehr zu fühlen. Bei der Oeffnung des Abdomen findet man einen Querfinger über der Schaambeinfuge einen Strang, der sich fast direct von vorn nach hinten erstreckt, derselbe ist bindegewebeartig, schreibfederdick und an seiner Oberfläche so glatt, als wenn er vom Peritoneum bedeckt wäre; er heftet sich vorn an die vordere Bauchwand, etwas rechts von der Mittellinie, und verläuft von da in der Weise nach hinten, dass er gerade an der Spitze des durch die Vereinigung des Coecum und Ileum gebildeten Winkels vorbeigeht; sein hinteres Ende ist innig mit dem befestigten Rande des Mesenteriums genau am unteren Theil dieser Duplicatur verwachsen. Im Becken sieht man im vorderen Theil die etwa 300 Grammes Flüssigkeit enthaltende Blase, die sich beträchtlich über das Schaambein erhebt. Hinter ihr findet sich der Uterus, dessen Richtung verändert ist, sein Querdurchmesser liegt so schräg, dass sein linkes Ende dem Grunde des Acetabulum entsprechen würde, zugleich steht die Längenaxe des Uterus etwas schräg nach unten und links; er hat übrigens sonst beinahe seine normalen Dimensionen. Hinter dem Uterus haben sich Verwachsungen zwischen dem hinteren und oberen Theil dieses Organs, dem Rectum und dem unteren Ende der flexura iliaca, dem hinteren Umfang des Beckeneingangs und einer rechts vom Mastdarm gelegenen Dünndarmschlinge gebildet. Diese Verwachsungen sind bindegewebsartig, ziemlich fest; wenn man die des Uterus mit der Dünndarmschlinge zerstört, so gelangt man in eine retrouterine Höhle, auf die wir später zurückkommen werden.

Gegen den linken Winkel des Uterus zu findet sich eine kleine, elastische, eiförmige, von vorn nach hinten gerichtete Geschwulst von der Grösse einer kleinen Nuss, mit ihrem vorderen und inneren Ende geht sie in die Tuba über, ihr hinteres Ende verliert sich unter den zahlreichen retrouterinen bindegewebartigen Adhärenzen. Schneidet man den Uterus von vorn nach hinten durch, so gelangt man in die oben angeführte retrouterine Höhle. Dieselbe wird offenbar unten durch die Peritonealausstülpung des Douglas'schen Raumes begränzt, oben wird sie durch die zahlreichen, schon beschriebenen Verwachsun-

gen abgekapselt. Sie hat eine ziemlich beträchtliche Capacität; man kann in derselben 3 Hauptausbuchtungen unterscheiden, gewissermaassen Divertikel, die den Vorsprüngen entsprechen, welche die Geschwulst in der Vagina und in beiden Hüftbeingruben bildete. Führt man einen Finger in den unteren Blindsack und einen anderen in die Scheide ein, so fühlt man zwischen beiden nur die Dicke der Scheidenwandungen vorhanden. Nach oben und rechts ist der Blindsack nur wenig ausgedehnt, er verläuft schräg nach rechts vom Promontorium. Links ist der obere Blindsack viel bedeutender; er folgt genau der Richtung der linken Seite des Mesorectum, das ihn nach innen begränzt. Die innere Wand der Höhle ist glatt, man findet in ihr überall einige von vorn nach hinten gerichtete Scheidewände; sie enthält einige Grammes einer grauschwarzen, verdünnten Russ ähnlichen Flüssigkeit, in welcher sich unter dem Mikroskop folgende Bestandtheile nachweisen lassen:

1. Freie, weisse und gelbe Oeltropfen.

2. Rundliche noch unversehrte oder zerfallene, Fetttropfen enthaltende Zellen von 10—25mm. Dm. (Gluge'sche Kugeln.)

3. Einige amorphe Hämatoidincrystalle.

4. Einige Crystalle wahrscheinlich von phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia.

5. Einige geschrumpfte, in ihrer Form veränderte, noch gefärbte Blutkörperchen.

6. Eine grosse Zahl kleiner schwarzer Massen von winkliger Form und sehr verschiedenen Dimensionen aus verändertem Blutfarbestoff entstanden.

Beim Einschnitt der oben angeführten kleinen Geschwulst am linken Ende des Uterus findet man eine eiförmige Höhle, die eine schwärzliche, der im retrouterinen Sack ähnliche Flüssigkeit enthält. Der vordere und innere Theil dieser Cyste verengt sich trichterförmig; führt man in denselben vorsichtig eine Schweineborste ein, so gelangt man ohne Schwierigkeit in die Uterinhöhle und zwar grade am oberen Winkel derselben. Die kleine Cyste ist also durch eine Erweiterung der Tuba gebildet und communicirt frei mit dem Uterus. Das Abdominalende der Tube ist nicht aufzufinden, die Bindegewebsverwachsungen machen es unmöglich, dasselbe zu erkennen; geht man indess mit der Sonde nach dem hinteren Ende der Dilatation zu, so gelangt man nach einem krummlinigen Verlauf nach unten und aussen in den retrouterinen Sack.

Die rechte Tube ist schwieriger aufzufinden; wenn man indess die hier gebildeten Verwachsungen trennt, so erkennt man bald, dass dieselbe schräg nach unten, hinten und aussen verläuft, indem sie eine mit der Convexität nach aussen und oben gerichtete Curve beschreibt; schneidet man sie der Länge nach auf, so findet man die Höhle derselben erweitert, jedoch nicht in dem Maasse, als die der linken Seite. Mit ihrem inneren Ende communicirt sie mit dem Uterus, das inmitten der zahlreichen Zellgewebsverwachsungen unkenntliche Abdominalende

öffnet sich, wie das der linken Seite, in den retrouterinen Sack, jedoch nur an dem unteren Theil desselben in Folge einer von vorn nach hinten und von oben nach unten gerichteten Scheidewand, welche die retrouterine Cyste in zwei secundäre parallele Hälften theilt. Diese letzten lassen sich mit zwei Armen einer U förmigen, nur an ihrem unteren Ende vereinigten Röhre vergleichen, sonst sind sie in ihrer ganzen Ausdehnung von einander getrennt, jedoch ist der Arm, welcher der rechten Tube entspringt, viel weniger umfangreich als der linke.

Inmitten der Verwachsungen, welche sich nach links und hinten erstrecken, zeigt sich eine Verdickung, in der man das abgeplattete und indurirte Ovarium zu erkennen glaubt. Vom rechten Ovarium lässt sich keine Spur entdecken. Der Entzündungsheerd in der Hinterbacke stand durchaus mit der retrouterinen Cyste in keinem Zusammenhang; ebensowenig als diese mit dem Rectum, zwischen beiden Höhlen liegen dicke Gewebsschichten. In der unteren Hälfte des Rectum sieht man oberflächliche dysenterische, in Heilung begriffene Geschwüre mit feiner Injection und schiefergrauer Färbung; die Substanzverluste betreffen nur die Schleimhaut. Das untere Ende des Rectum ist abgelöst, in der Gegend der Phlegmone der Sitzbeingegend von dem umgebenden Bindegewebe entblöst. Die anderen Organe zeigen nichts Abnormes. Der Ausgangspunkt der Haemorrhagie liess sich bei den weit gediehenen Veränderungen der Beckenorgane nicht auffinden.

31te Beob. — Haematocele retrouterina; wahrscheinlich durch einen Beischlaf mit einem trunkenen Mann bei gleichzeitiger Menorrhagie entstanden; Aufenthalt im Bett, exspectative Behandlung. Heilung.

C . ., Domestikin, 29 Jahr alt, wird am 4ten Juli 1857 in das Hospital Lariboisière, Abtheilung Tardieu's aufgenommen.

Sie ist von kräftiger Constitution, nervös-sanguinischen Temperament, brünett. Die Menstruation stellte sich zuerst im 15ten Jahre sehr leicht ein, war aber seitdem nie regelmässig, blieb oft zwei, drei, einmal neun Monate aus, war der Menge nach wechselnd, meist jedoch sehr reichlich und wurde jedesmal durch Schmerzen in der Sacralgegend angekündigt. Im 18ten Jahr rechtzeitige Niederkunft mit einem lebenden Kinde; kein Abortus; profuse Leukorrhoe; nie Verstopfung. Vor zwei Jahren eine febris continua. Vor fünf Wochen, nach fünftägigem Ausbleiben der Regel, Metrorrhagie (Coagula) von 11tägiger Dauer, begleitet von Unwohlsein, Schwere in den Gliedern und Schmerzen im Hypogastrium. Drei Tage nach dem Aufhören des Blutflusses Schmerzen im Hypogastrium, Gefühl von Klopfen im Becken, Entfärbung der Haut. Die Kranke gesteht, dass sie an dem Tage, wo das Blut zu fliessen aufhörte, den Beischlaf mit einem trunkenen Manne vollzogen habe. Während des Akts und unter den Rohheiten dieses Menschen fühlte sie einen heftigen Schmerz unter der rechten Inguinal-

gegend. Am andern Morgen wnrde sie von Schüttelfrost und Schweiss befallen. Diese Erscheinungen wiederholten sich; jede Arbeit wurde unmöglich und die Kranke blieb im Bett. Bislang keine Behandlung.

Status praesens. Entfärbung der Haut, der Conjunctiva und des Zahnfleisches; Auftreibung des Bauches, Meteorismus. Die Untersuchung des Abdomens ist wegen der Schmerzen, die sie verursacht, schwierig. Die Gegend über den Schaambeinen ist in der Höhe von 5 Centim. matt; in der Mittellinie und nach links fühlt man eine nicht genau begränzte Geschwulst, die sich in das kleine Becken zu verlängern scheint und sich bis 4 Queerfinger über das Schaambein nach oben erstreckt; die geringste Berührung, namentlich links, ruft heftige Schmerzen hervor. Die Kranke empfindet im Becken sehr lebhafte Schmerzen, die sie mit Klopfen vergleicht.

Der Gebärmutterhals scheint sich gesenkt zu haben, er ist 4 Centim. von der Schaamspalte entfernt und scheint sich auf das Rectum zu stützen. Nach vorn von demselben findet sich eine elastische, fluctuirende, von dem Finger durch die ausgedehnte Schleimhaut und das submucöse Zellgewebe getrennte Geschwulst. Man kann bei der Vaginaluntersuchung nicht fühlen, ob dieselbe sich auch nach hinten fortsetzt, aber bei der Exploration durch den Mastdarm fühlt man den Gebärmutterhals 4 Centim. vom After entfernt und über und hinter ihm eine gespannte elastische, fluctuirende Geschwulst die kräftige Arterienpulsation zeigt und sich in die hypogastrische Geschwulst fortsetzt. Der Cervix ist nicht vergrössert, der Muttermund nicht offen. Zwischen der vorderen Fläche des Cervix und der Geschwulst findet sich eine undeutliche Furche. Die Geschwulst ist ein Centim. vom Muttermund entfernt. Kein Ausfluss aus der Scheide, doch findet sich in der Tiefe derselben eine beträchtliche Menge Schleim; die Schleimhaut welche den hinteren und vorderen Blindsack überzieht, zeigt sehr deutliche ekchymotische Flecken. Blasenkrampf. Die Blase enthält nur einige Tropfen Harn. Verstopfung. Keine Varicen oder Hämorrhoiden. Haut heiss; Puls 96. — Kataplasmen auf den Unterleib.

8ten. Fieber geringer. — Oellavement.

10ten. Heftige Schmerzen im Hypogastrium. — 20 Blutegel an dem After, danach Besserung.

15ten. Druck im Hypogastrium ist sehr schmerzhaft. Ueber dem Schaambeine und der rechten Inguinalgegend fühlt man eine harte, unregelmässige Geschwulst. — Kataplasmen.

17ten. Die Härte der Geschwulst hat noch zugenommen; weniger Schmerzen.

18ten. Zeit, wo die Menses eintreten sollten. Nachmittags Schüttelfrost; Schmerzen im Hypogastrium.

20ten und 21ten. Status idem.

22ten. Allgemeines Uebelbefinden; heftiger Schüttelfrost.

23ten. Status idem. Die Menstruation ist noch nicht eingetreten.

28ten. Schmerzen erträglicher.

1ten Aug. Menses sind noch nicht erschienen; die Geschwulst ist stationär geblieben.

2ten. Profuser Blutfluss aus der Scheide; das Blut kommt aus dem Uterus. Der Ausfluss dauert bis zum 7ten; 2mal Entleerung von Coagulis. Schmerzen im Hypogastrium mässig; kein Fieber. Bis zum 28ten nichts Besonderes.

28ten. Reichlicher Blutfluss aus der Scheide (ein Coagulum); sehr lebhafte Schmerzen bis zum 30ten.

4ten Sept. Der Gebärmutterhals findet sich in seiner normalen Stellung, der Uterus ist beweglich. Im Umkreis desselben nach vorn und hinten lässt sich keine Anschwellung mehr entdecken, ebensowenig durch das Rectum. Die Kranke wird am 8ten Sept. entlassen. Im November ist der Gesundheitszustand gut geblieben.

32te Beob. — Haematocele retrouterina in Folge einer lebhaften Gemüthsbewegung; Dysenterie mit tödtlichem Ausgang.

G . . , 37 Jahr alt, mittlerer Constitution, gewöhnlich mager, wird am 6ten November 1857 in das Hospital Lariboisière, Abtheilung Oulmont's aufgenommen. Die Menstruation stellte sich zuerst im 14ten Jahr ein, kehrte in Zwischenräumen von drei bis vier Wochen wieder, dauerte sechs bis acht Tage und war an Menge wechselnd, meist sehr beträchtlich. Kein habitueller Fluor albus. Beim Eintritt der Regel keine Schmerzen im Rücken und Unterleib, aber wenn der Ausfluss reichlich ist, einige vorübergehende Kolikschmerzen. Vor drei Jahren war die Kranke genöthigt, vier Tage lang das Bett zu hüten; sie hatte Schmerzen im Rücken und Hypogastrium, einigemal Erbrechen und unregelmässige Fieberanfälle, aber keine Menstruationsstörungen, keine Harnretention oder das Gefühl eines fremden Körpers, wie jetzt. Sie wurde mit Bädern, Blutegeln auf den Unterleib, Clystieren behandelt. Seit dieser Affection empfindet sie, wenn sie sich ermüdet, Schmerzen im Rücken und Unterleib. Der Beischlaf war stets etwas schmerzhaft, der Schmerz ist aber seit drei Jahren viel lebhafter geworden. Die Kranke hat vier Kinder geboren, einmal abortirt; das letzte Kind ist neun Monat alt. Während der Schwangerschaft nichts Besonderes. Bei den drei letzten Entbindungen hat die Kranke kaum etwas Schmerz empfunden; die Niederkunft erfolgte mit ausserordentlicher Raschheit während die Kranke auf war.

Die jetzige Krankheit begann vor drei Wochen. Die Menstruation war wie gewöhnlich, drei Wochen zuvor eingetreten. Bei einem Coitus am Tage vorher sehr empfindliche Schmerzen. Am Tage wo die Affection begann, lebhafte Gemüthsbewegung über die schlechte Behandlung ihres Mannes gegen ein Kind aus anderer Ehe. Unmittelbar darauf sehr starke in die Lumbalgegend ausstrahlende Schmerzen im

Hypogastrium; zu gleicher Zeit mässiger Frost ohne Zähneklappern, der eine Stunde dauert und auf den Hitze und etwas feuchte Haut folgt. Seit dieser Zeit hat das Fieber fortdauernd angehalten; kein Schlaf; Agitation; Uebelkeit aber kein Erbrechen; Appetitverlust, Durst; Gefühl als wenn ein fremder Körper aus den Geschlechtstheilen oder dem After hervortreten wolle; wehenartige Schmerzen. Schwere im Becken; ausserordentliche Schwierigkeit sich sowohl im Sitzen als im Stehen gerade zu halten; Schwierigkeit zu Stuhl zu gehen. Die Kranke hat seit dem Beginn das Bett gehütet. Am dritten Tage nach der Entwickelung der Zufälle tritt eine ziemlich beträchtliche Metrorrhagie ein; das Blut ist schwarz, in Gerinnseln von der Grösse einer Nuss, deren Austreibung von lebhafteren Schmerzen als an den vorausgegangenen Tagen begleitet ist. Dieser Blutfluss war fünf Tage lang profus, dann dauerte er noch sechs bis acht Tage, aber in geringerer Intensität fort. Seit acht Tagen kein blutiger Ausfluss aus der Scheide mehr.

In den ersten acht Tagen der Krankheit Harnentleerung häufig und leicht. Am letzten Tage der Blutung verschrieb ein hinzugerufener Arzt eine Mixtur, in der die Kranke den Geschmack von Ratanha erkannte (sie hatte dieses Mittel schon früher gegen Blutfluss genommen). Seit dem Gebrauch dieses Mittels hörte die Blutung plötzlich auf und von dem Augenblick an konnte die Kranke nicht mehr Harn lassen.

Die Erscheinungen dauerten in derselben Weise fort. In der Rückenlage litt die Kranke stärker, es schien ihr als wenn etwas aus den Geschlechtstheilen hervortrete. Auch in der linken Seitenlage waren die Schmerzen heftiger, so dass sie gezwungen war, stets auf der rechten Seite zu liegen. Häufige, unregelmässige Fieberanfälle Abends, Schweisse während des Schlafs; kein Kopfschmerz; keine Palpitationen, Schwindel, oder Ohrenbrausen; aber von Anfang an Blässe und Abmagerung. Die Kranke ist zweimal täglich cathedrisirt worden.

Status praesens am 9ten November. Grosse Magerkeit, Blässe der Haut und Schleimhäute; Prostration, Rückenlage jetzt vorgezogen. Leib von normalem Umfang, mittlerer Consistenz, in der regio hypogastrica weniger leicht zu conprimiren. Nachdem die Blase, die etwa 300 bis 400 Grammes eines etwas trüben Urins enthielt, durch den Catheder entleert ist, fühlt man in der Tiefe eine rundliche, glatte, feste Geschwulst, welche die Mitte einnimmt, aber eine ziemlich bedeutende Verlängerung nach rechts schickt. Die Geschwulst tritt nicht stark über den Schaambeinen vor, so dass man genöthigt ist die Bauchwände zn deprimiren, um sich von ihrer Gestalt zu überzeugen; man kann sie vom Uterus nicht unterscheiden; bei der Percussion vollkommen matter Ton über der Geschwulst. Die Kranke klagt über heftige Schmerzen beim Druck auf das Hypogastrium.

Bei der Vaginaluntersuchung findet man, dass die Vagina stark

von vorn nach hinten abgeplattet gerade hinter der Symphyse nach oben verläuft; der ebenfalls abgeplattete Gebärmutterhals ist wie gegen die hintere Fläche des Schaambeins zusammen geschnürt. Hinter ihm findet sich eine rundliche Geschwulst von mittlerer Consistenz, welche denselben um 2 bis 3 Centim. überragt. Diese Geschwulst ist der Sitz von undeutlichen dem Arterienpuls isochronen Pulsationen. Wenn man mit der anderen Hand die hypogastrische Geschwulst comprimirt, so fühlt der an die Vaginalgeschwulst applicirte Finger den fortgeleiteten Impuls ohne deutliche Fluctuation.

Bei der Untersuchung durch das Rectum fühlt man an der vorderen Wand desselben eine gleichfalls sehr bedeutende Geschwulst, die einen Vorsprung in den Darm, ganz ähnlich dem in der Vagina bildet. Etwas Ameisenkriechen im rechten Unterschenkel. Gefühl von Kälte; keine Wadenkrämpfe oder Oedem. Haut etwas heiss, Puls frequent (104), mässig entwickelt, leichtes anämisches Blasen beim ersten Herzton; intermittirende Blasegeräusche in den grossen Gefässen. Respiration normal. Züge normal; wenig Appetit; mässiger Durst. Vier- bis fünfmal täglich Abgang einer glasigen, durchsichtigen, kaum Flecken in der Wäsche zurücklassenden Flüssigkeit aus der Vagina, die ohne Schmerzen oder Tenesmus entleert wird. (10 Blutegel auf das Hypogastrium; Kataplasmen; Suppen und Bouillon; Julep. diacad.)

10ten November. Schmerz im Hypogastrium geringer. Wurde gestern Morgens und Abends cathedrisirt, wobei jedesmal etwa 300 Grammes eines trüben Harns entleert wurden. Es sind namentlich die letzten Tropfen, welche grau und opak erscheinen. Der Urin hat eine leicht sauere Reaction; zeigt kein bemerkenswerthes Präcipat beim Kochen oder durch Acid. nitric., unter dem Mikroskop zeigen sich in demselben zahlreiche Eiterkörperchen.

25ten Nov. Seit dem 16ten täglich 3 bis 4mal Erbrechen nach Genuss von Getränken. Die erbrochenen Massen bestehen aus einer weissen, wässerigen indifferenten Flüssigkeit; leichter, bei Druck sich steigernder Schmerz im Hypogastrium; Appetitlosigkeit, mässiger Durst; Zunge völlig normal. Zwei- bis dreimal täglich schleimige, nicht sehr reichliche Stühle, ohne Tenesmus. Alle drei bis vier Tage werden einige feste Massen entleert. Puls stets frequent, 112 bis 116; Haut warm, Respiration beschwerlich; die Kranke klagt über ein Gefühl von Constriction an der Basis des Thorax. Die Auscultation ergiebt nichts Abnormes. Keine nervösen Erscheinungen. Harnentleerung normal. Die Menses sind nicht erschienen. Der Gebärmutterhals hat fast seine normale Stellung wieder eingenommen. Hinter ihm findet man eine viel weniger umfangreiche als früher, aber sehr harte, etwas ungleiche, mehr nach links als nach rechts sich erstreckende Geschwulst, ebenso bei der Untersuchung per Rectum. — Cotelette, Bordeauxwein 100 Gr., Chinawein 60 Gr.

22ten December. Entschiedene Besserung; die noch schwache

Kranke steht noch nicht auf, ist indess nicht so matt, als in den ersten Tagen des Monats. Gesicht blass; bedeutende Magerkeit. Appetit fast null; Durst mässig. Stuhl selten; es werden nur alle drei bis vier Tage einige feste Massen ausgeleert. Die Kranke muss häufig Harn lassen, aber die Harnentleerung ist leicht, schmerzlos, der Harn normal. Puls stets frequent, 100 bis 108. Hauttemperatur normal. Häufige Schweisse während der Nacht. Kein Blasegeräusch am Herzen oder den grossen Gefässen. Etwas Palpitationen, wenn sich die Kranke im Bett bewegt. Kein Schlaf. Das Gefühl von Constriction an der Basis des Thorax ist noch vorhanden, aber weniger stark; weder Husten noch Auswurf.

Kein Ausfluss aus der Scheide; Abdomen eingesunken, weich; bei der Palpation nichts Abnormes. Der Gebärmutterhals zeigt nichts Besonderes, er hat seine normale Stellung. Hinter ihm findet man noch einen Knoten von der Dicke einer kleinen Nuss und cartilaginöser Härte, der den ganzen hinteren Theil einnimmt und sich etwas mehr nach links als nach rechts ersteckt. Diese Anschwellung geht ohne bestimmte Demarcationslinie in den Uteruskörper über. Vom Rectum aus erscheint die Geschwulst viel grösser, als man sie von der Scheide aus wahrnimmt; sie ist rundlich, sehr fest und schickt eine schräge Verlängerung nach links und oben. Die Kranke hat seit ihrer Aufnahme die Menses noch nicht gehabt. Behandlung: Bordeauxwein 100 Gr.; Chinawein 60 Gr.; Cotelette; Abends eine Opiumpille.

20ten Januar. Die Besserung schien definitiv, als plötzlich alle Erscheinungen einer schweren Dysenterie eintraten, welche der energischsten Behandlung trotzte und der die Kranke am 30ten Januar erlag.

Section, 36 Stunden nach dem Tode bei kaltem und feuchtem Wetter.

Beträchtliche Abmagerung; Blässe der Hautdecken; Augen tief in der Orbita liegend; Abdomen kahnförmig ausgehölt.

Abdomen. Keine Injection oder Verdickung des parietalen und visceralen Blatts des Peritoneum. Wenn man die Darmpakete nach rechts herüberschlägt bemerkt man in der linken fossa iliaca einige Löffel voll einer seropurulenten Flüssigkeit. Der Uterus und seine Anhänge werden vorsichtig herausgenommen. Die Operation ist ziemlich schwierig, wegen der Verwachsungen, die sich zwischen dem Rectum und der concaven Fläche des Sacrum gebildet haben. Im Douglas'schen Raum, namentlich auf der rechten Seite befindet sich eine Art Cyste, die in ihrem oberen Theil geöffnet ist, ungefähr bis zur Höhe des Promontorium reicht, nach innen durch die Verklebung des Rectum mit der hinteren Uteruswand, nach aussen durch das verdickte Bindegewebe geschlossen und nach vorn durch die hintere Wand des Uterus und das rechte Ovarium begränzt wird; die hintere Wand derselben wird durch das Rectum und das perirectale Zellgewebe gebildet.

Diese Cyste enthält in ihrem Innern eine geringe Menge einer röthlichen Flüssigkeit. Der grösste Theil der Innenfläche ist von röthlicher Farbe, wie ein Gewebe das längere Zeit in Blut macerirt war; aber nach aussen hin, d. h. an der hinteren Fläche des Ovariums ist die Oberfläche graulich, filzig, etwas unregelmässig, wie mit Eiter imbibirt. Nahe dem äusseren Rand des Ovariums findet sich eine löcherige, unregelmässige Substanz, die einen leichten Vorsprung bildet und aus der bei Druck Eiter hervortritt. Auf dieser Seite sind das Ovarium, sein Ligament und die Tube inmitten des indurirten Bindegewebes verschmolzen, und es lässt sich nur ein Theil der Tube zunächst dem Uterus frei präpariren.

Das linke Ovarium, das gleichfalls mit der Tube verschmolzen ist, ist von einer dicken Schaale umhüllt, unter der sich ein Eitersack befindet.

Der Uterus ist so gross wie im zweiten Monat der Schwangerschaft. Sein Gewebe ist hart, wie scirrhös, sehr entfärbt: das Cavum fast verstrichen. Die Blase ist sehr klein, enthält einen Löffel voll einer citrigen Flüssigkeit; ihre Wände sind hypertrophirt.

Der stark gegen das Sacrum gedrängte Mastdarm scheint verengt und lässt den Finger nur schwer bis zur Höhe des Promontorium eindringen; die Innenfläche desselben zeigt, wie die des ganzen Dickdarms eine verdickte, geschwellte Schleimhaut, deren Follikel zum grössten Theil geschwollen und ulcerirt sind. Der ganze Dickdarm ist mit bräunlichen, flüssigen Massen angefüllt; die Schleimhaut des Dünndarms ist blass.

Die kleine Leber zeigt eine gleichmässig gelbe Farbe, ist morsch, leicht zerreisslich. Magen und Milz normal. Die Lungen sind emphysematös und enthalten keine Tuberkeln. Das Herz ist sehr klein; Klappen gesund.

33te Beob. — Haematocele in Folge mannichfacher Excesse bei einer an Metrorrhagie leidenden Frau. Spontane Entleerung der Flüssigkeit durch die Vagina. Heilung.

Frau Weiss, 25 Jahr alt, Näherin, seit 1852 in Paris wohnhaft, wird am 16ten Januar 1859 in das Hôpital des Cliniques, Abtheilung Nélaton's aufgenommen. Sie giebt sehr genaue Auskunft.

Die Menstruation stellte sich zuerst mit $10^1/_2$ Jahr ein, anfangs ohne Störungen, dauerte drei bis vier Tage, ohne besonders reichlich zu sein. Im $11^1/_2$ Jahre trat in Folge eines kalten Bades einige Tage vor der Katamenialperiode Suppression der Menses ein und diese zeigte sich erst nach zwei Jahren wieder. Während dieser Zeit hatte sie bei jeder Katamenialperiode heftige Kolikschmerzen. Sie erhielt Eisen. Die Regel erschien während des Verlaufs eines Cerebralfiebers wieder. Bis zum 16ten Jahre war sie völlig regelmässig, aber häufig

von Koliken begleitet und nie sehr reichlich; man liess sie stets ein sehr tonisirendes Regimen halten. Im 18ten Jahr (1852) bekam sie nach dem ersten Coitus einen profusen Blutfluss, der acht Tage dauerte. Gegen Ende des Jahres erste Schwangerschaft. Die Kranke hatte viel zu leiden (zwei ziemlich reichliche Metrorrhagien im vierten und fünften Monat), sie behauptet, dass dieselben zur Menstruationszeit eingetreten seien. Zu dieser Zeit Varicen an beiden Unterschenkeln, namentlich rechts. Am 15ten Juni 1858 Entbindung im 8½ Monat von einem Knaben, der 14 Tage lebte. Die Niederkunft hatte keine übeln Folgen, obgleich die Kranke nach acht Tagen auf Reisen ging. Die Menstruation erschien nach 6 Monaten wieder. Ende August 1853 neue Schwangerschaft; Ende November Abortus, wie es scheint durch Excesse der Kranken veranlasst. December 1853 dritte Schwangerschaft, ohne dass die Menses wiedergekehrt waren. Während der ganzen Zeit Flimmern vor den Augen, Herzweh. September 1854 Entbindung von einem Knaben; Dauer 52 Stunden. Die Kranke stillte ihr Kind bis zum 15ten August 1855; während dieser Zeit stellten sich die Menses drei bis viermal ein, hörten dann auf, und erschienen im Juni definitiv wieder. Nach dem Abgewöhnen war sie sehr mager, hatte Magenschmerzen und litt an einer Erkältung in der Brust, die zwei Jahre dauerte. Im September 1857 neue Schwangerschaft. Während der ganzen Zeit beobachtete die Kranke durchaus keine Vorsicht, machte verschiedene Seereisen und überliess sich Excessen aller Art. Im Februar 1851 wurde sie nach einem Schreck von Delirium befallen, so dass sie zur Ader gelassen werden musste. Im April hatte sie in Afrika das Fieber. Während der ganzen Schwangerschaft hatte sie heftige Rückenschmerzen, gegen das Ende hin schwollen die Beine sehr an. Die Varicen wurden enorm. Am 2ten Juni Entbindung von einem Mädchen, die Kranke beobachtet durchaus keine Vorsicht, steht schon nach zwei Tagen wieder auf und arbeitet einen grossen Theil der Nacht hindurch. Am 11ten Juni schifft sie sich ein, um nach Marseille zurückzukehren; sie stillte das Kind bis zum 22ten Juni; nach dem Abgewöhnen starkes Milchfieber, was sie nicht verhinderte zu Tanze zu gehen. Am 27ten Juni Wiedereintritt der Regel. Am 6ten Juli Blutfluss, der sieben Tage dauert, zwei Tage lang sehr reichlich ist. Derselbe hörte nach einem Schreck auf. Sie hielt sich dann bis vor 1½ Jahren ruhig, um diese Zeit fing sie aber an, wieder viel zu arbeiten und überliess sich von Neuem Excessen in Tanzen und im Coitus. Am 2ten August wurde sie nach Excessen aller Art und namentlich im Coitus von heftigen Schmerzen im Unterleibe befallen. Es ging ihr aus der Scheide, sagt sie, wie Eiweis ab. Sie fühlte eine Geschwulst im Abdomen, die nach einer Messung, die sie selbst vorgenommen hatte, etwa 5 Centim. von der Schaamspalte entfernt war. Die Kranke liess sich indess nicht behandeln. Am 6ten August schiffte sie sich nach Constantinopel ein und kehrte am 3ten September nach Marseille zurück. Auf der See hatte

sie einen ziemlich profusen Blutfluss, der zwei Tage dauerte, worauf vier bis fünf Tage lang fluor albus folgte. Bislang hatte sie nie daran gelitten. Nach Marseille zurückgekehrt, überliess sich die Kranke neuen Excessen, nahm häufig Seebäder, hatte aber jedesmal danach Fieber.

Am 14ten Sept. neuer Blutfluss, der 3 Tage dauerte und von sehr heftigen Schmerzen begleitet war. Die Kranke krümmte sich auf ihrem Bett und verlor alle Augenblicke das Bewusstsein. Sie weiss nicht ob in dem entleerten Blut Coagula vorhanden waren; jedesmal wenn die Kranke diese Blutflüsse hatte, musste sie häufig Harn lassen. Die Kräfte kehrten indess ziemlich rasch zurück, aber die Kranke leidet seitdem fast beständig an fluor albus. Zwei Tage nachdem sie von ihrem Blutfluss geheilt war, begann sie ihre Excesse von Neuem bis zum 5ten October, wo sie nach Paris kam.

Am 20ten October sehr reichliche Menstruation, die acht Tage dauert und von Rückenschmerzen und heftigen Koliken begleitet ist. Das Rückenweh dauert auch nach dem Blutfluss fort, seitdem ist der Coitus sehr schmerzhaft geworden. Im November dauert die Menstruation fünf Tage, wobei die Kranke das Bett hüten muss. Sie hat bemerkt, dass sie seit ihrer letzten Niederkunft bei jeder Katamenialperiode an Flimmern vor den Augen leidet; ihr Gesicht wurde dann einige Tage lang so schwach, dass sie während der Zeit nicht arbeiten konnte.

Am 14ten December Blutfluss, der drei Tage dauerte, sehr reichlich und von grossen Schmerzen im Rücken und Leibe begleitet war. Es gingen dabei einige Coagula ab. Bei diesem Blutflusse, sowie bei allen früheren seit dem 2ten August, waren die Schmerzen, welche die Kranke im Unterleibe empfand, stets viel heftiger auf der linken Seite; die Kranke vergleicht sie mit Wehen. Sie fühlte eine kleine Masse, die bald aus der Scheide, bald aus dem Mastdarm hervortreten wollte, auch hatte sie häufigen Stuhldrang ohne Erfolg. Seit dem ersten December war sie sehr obstruirt, hatte nur nach mehreren Clystieren Stuhlgang. Seit dem Aufhören des Blutflusses blieben die Schmerzen ununterbrochen sehr heftig und nöthigten die Kranke das Bett zu hüten. Man verordnete ihr Bäder und liess sie eine Leibbinde tragen, die schlecht gemacht war und ihre Schmerzen nicht verminderte. Sie hatte fortwährend heftige Kopfschmerzen an der rechten Seite, war sehr blass und mager geworden und hatte einen harten und aufgetriebenen Leib, erbrach, wenn sie trank und musste häufig Harn lassen. Die Schmerzen waren anhaltend, aber viel stärker von zwei bis fünf Uhr Abends. Vom 2ten Januar an ging es etwas besser mit der Kranken, allein sie hatte immer ziemlich heftige Schmerzen und vermochte nicht aufzubleiben; sie nahm bis zum 16ten, wo sie in das Hospital eintrat, an Kräften zu. Die Regeln kehrten von Anfang an, wo die Kranke die Geschwulst gefühlt hatte, ziemlich regelmässig wieder, aber während sie früher nur drei bis höchstens vier Tage dauerten, fliessen

sie jetzt fünf bis sechs, sind viel reichlicher und stets von einer Exacerbation der Schmerzen begleitet, welche die Kranke zwingen, das Bett zu hüten.

Status praesens am 16ten Januar 1859. Kräftige Constitution, gutes Aussehen, brünett, sehr veränderlicher Charakter, zum Zorn geneigt und leidenschaftlich. Hat mehrfach hysterische Anfälle gehabt. Die Haut ist nicht blass, ebensowenig die Schleimhäute und das Zahnfleisch. Seit den letzten hysterischen Anfällen im August und December 1858 ist das Gesicht stets sehr schwach geblieben. Die Schmerzen, welche die Kranke seit dem 2ten Januar empfand, haben fortgedauert, sich aber nicht gesteigert. Am 19ten Januar bekam die Kranke ihre Regeln, die acht Tage dauerten; das Blut war blass, nicht sehr reichlich und von Fluor albus begleitet. Die Untersuchung der Geschwulst wurde erst nach dem Aufhören der Menstruation gegen den 1ten Februar vorgenommen.

Der Leib ist nicht mehr aufgetrieben, indess lässt sich die Bauchwand nicht leicht eindrücken.

Der Gebärmutterhals ist der Schaamspalte genähert und stark gegen das Schaambein abgeplattet, sein orificium extern. ist geöffnet und lässt die Spitze des Zeigefingers mit Leichtigkeit eindringen. Das Gewebe desselben ist etwas erweicht. Im utero-vaginalen Blindsack findet man eine etwas nach hinten vom Gebärmutterhals gelegene, aber hauptsächlich nach links sich erstreckende Geschwulst. Untersucht man zugleich vom Abdomen und der Vagina aus, so findet man in der Medianlinie den Uterus von etwas grösserem Umfange, als im normalen Zustande. Die Blase ist sehr abgeplattet. An der linken Seite des Uterus findet man dann die Geschwulst wieder, die wenigstens von der Grösse eines ziemlich dicken Apfels erscheint. Diese Geschwulst zeigt die Consistenz eines sehr gespannten Sacks; wenn man sie mit dem Finger eindrückt, so hat man jene eigenthümliche Empfindung, die ein mit Flüssigkeit gefüllter Sack giebt, wenn man mit dem Finger gegen ihn andrängt. Nimmt man die Vaginaluntersuchung mit zwei Fingern vor, bringt den einen in den Muttermund ein, und drängt mit dem anderen die Geschwulst zurück, während man mit der Hand vom Abdomen aus gegen die Geschwust und den Uterus drückt, so bemerkt man, dass die Geschwulst und der Uterus von einander unabhängig sind und an einander weggleiten. Mit dem Speculum erkennt man, dass die Schleimhaut über der Geschwulst etwas dunkler gefärbt ist, als im übrigen Theil der Vagina.

Bei der Untersuchung durch das Rectum findet man, dass die Geschwulst demselben unmittelbar anliegt, vermag aber ihre obere Gränze nicht zu bestimmen.

Die Kranke hat beständig ziemlich heftige Schmerzen im Unterleib, der Lumbalgegend und dem linken Oberschenkel. Die linke untere Extremität ist etwas geschwollen und zeigt dicke Varices. Die Kranke

kann ohne Schmerzen weder aufrecht sein, noch sitzen. Die Lage auf der rechten Seite oder dem Rücken ist schmerzhaft; auf der linken Seite ist sie unmöglich. Die bequemste Lage, welche die Kranke auch einnimmt, um zu schlafen, ist die auf dem Bauche. Seit der Zeit, wo die Schmerzen abgenommen haben (21. April) ist auch der Harndrang weniger häufig geworden.

Gegen den 4ten oder 5ten Februar werden die Schmerzen wieder viel heftiger, und am 7ten tritt aus der Scheide ein profuser blutiger Ausfluss ein, der aus einer bräunlichen Flüssigkeit besteht, welche die Kranke mit Milchkaffee oder Chocolate vergleicht. Bis zum 12ten dauert der Ausfluss in derselben Weise sehr reichlich fort, das Blut ist aber in den letzten Tagen viel heller geworden.

Am 12ten und 13ten entleeren sich einige Coagula, wobei das Blut wieder dunkler ist. Die Schmerzen haben bedeutend abgenommen, so dass die Kranke sich ziemlich wohl befindet.

15ten Febr. Der Blutverlust hat heute aufgehört. Die Schmerzen sind viel geringer, aber die Kranke fühlt sich sehr schwach, liegt fast stets im Schweiss und ist bedeutend abgemagert. Die Haut ist blasser geworden, Schleimhäute und Zahnfleisch sind etwas entfärbt. Die Geschwulst hat sich sehr verkleinert; man fühlt bei der Palpation, dass der Inhalt des Sacks noch aus festen Massen besteht. — Nélaton nimmt an, dass eine Perforation in die Vagina entstanden und der flüssige Theil der Geschwulst auf diesem Wege entleert worden sei, dass aber auch zugleich ein Blutausfluss aus dem Uterus stattgefunden habe, allein er glaubt nicht, dass dieser Blutfluss die Menstruation gewesen sei, denn die Kranke hatte ihre Regel am vorigen Monat am 19ten, und jetzt begann der Blutfluss am 9ten. Nur sagte indess die Kranke, dass seit einiger Zeit ihre Regeln stets etwas früher eintreten und fast alle drei Wochen wiederkehrten.

18ten Februar. Der Gebärmutterhals ist nicht mehr gegen das Schaambein abgeplattet, wie vor dem Blutfluss; er steht indess noch etwa $4^1/_2$ Centim. vom Scheideneingang entfernt. Die Geschwulst erstreckt sich weniger tief in die Vagina hinab; befindet sich jetzt etwa in einer Entfernung von $7^1/_2$ Centim.; bei der Untersuchung durch den Mastdarm ist sie nicht mehr zu fühlen. Der Gebärmutterhals ist bei der Berührung etwas schmerzhaft, die Geschwulst selbst jedoch nicht. Seit dem Aufhören des Blutflusses besteht eine profuse Leukorrhoe. Die Schmerzen haben sehr abgenommen, sind indess noch immer vorhanden.

19ten Februar. Am Abend sind die Schmerzen wieder sehr stark, fast eben so heftig geworden, wie vor Aufbruch des Sacks; sie sind wehenartig und dauern bis zum 24ten. Die Leukorrhoe ist während der Zeit sehr profus. Die Schmerzen zeigen in dieser Zeit wieder den Charakter wie im December; sie sind am stärksten zwischen 2 und 5 Uhr Abends; am 21ten und 23ten hat sie überhaupt nur in diesen 3 Stunden daran gelitten.

Am 22ten widerfährt der Kranken eine Widerwärtigkeit; heftige rechtseitige Kopfschmerzen; Uebelkeit, Globus hystericus. Statt der Verstopfung ist Diarrhoe eingetreten; in den Stühlen schwarzrothes Blut.

23ten Febr. Die Diarrhoe ist weniger häufig, aber jedesmal wenn die Kranke lebhafte Schmerzen hat, nimmt auch die Häufigkeit derselben zu und nimmt wieder ab, wenn die Schmerzen aufhören.

24ten. In der Nacht hatte die Kranke einen starken hysterischen Anfall; sie hatte am Tage einen heftigen Aerger gehabt. Dem Anfall ging, wie auch früher, ein 10 Minuten langer Schüttelfrost voraus; während desselben heftige rechtseitige Kopfschmerzen, unmittelbar nachher eine etwa 3/4 Stunden dauernde vollkommene Analgesie des linken Beins. Während dieser Zeit war die Kranke vollkommen ausser Stande zu gehen.

25ten. Seit gestern Blasenkrampf, der übrigens während der Krankheit schon mehrmals vorkam.

28ten. Seit dem 26ten hat die Diarrhoe vollkommen aufgehört und es ist statt deren Vorstopfung eingetreten. Die Kranke hat seit einigen Tagen wieder zugenommen, sie ist nicht mehr bleich, ihr Aussehen ist wieder wie bei der Aufnahme in das Hospital.

1ten März. Die Schmerzen in der Lendengegend, im Unterleib und linken Schenkel sind wiedergekehrt. Seit dem 26ten nur gestern Abend 1 Stuhl auf 2 Clystiere.

2ten März. Die stets wehenartigen Schmerzen haben wieder das Eigenthümliche, regelmässig Abends von 2 bis 5 Uhr zu exacerbiren.

9ten. Am 7ten trat die Menstruation ein, zugleich nahmen die Schmerzen an Heftigkeit zu; mit dem Blute werden fingerdicke Coagula entleert. Am ersten Tage war das Blut hellroth, heller als im normalen Zustande; am zweiten enthielt es viel Coagula und war dunkelbraun, heute ist es fast normal.

11ten. Die Menstruation hörte gestern auf, und mit ihr der Schmerz, heute zeigte sie sich wieder, um gegen Abend völlig zu verschwinden; das Blut war blass. Die Geschwulst hat noch fernerhin abgenommen.

14ten. Die Kranke will, obgleich noch nicht völlig geheilt, das Hospital verlassen. Die Schmerzen sind indess sehr erträglich, der Fluor albus profus.

34te Beob. — Haematocele retrouterina bei einer an Metrorrhagien leidenden Frau; während der Menstruation auftretend. Gebärmuttergrund in Retroflexion nach unten und hinten gerichtet.

Hôtel Dieu, Abtheilung Trousseau's. Frau von 38 Jahren, zuerst menstruirt im 25ten Jahr. Eine Niederkunft; ist seitdem mit Varicen am After behaftet, die viel geblutet haben, und sehr profus, acht Tage lang, men-

struirt. Vor achtzehn Monaten wurde sie wegen einer ähnlichen Affection, wie jetzt, in das Hospital, Abtheilung Trousseau's aufgenommen. — Geschwulst im Abdomen. Damals für ein Fibroid gehalten. — Sechsmonatlicher Aufenthalt im Hospital, dann vollkommen geheilt entlassen. — Seitdem kehrten die Regeln alle 14 Tagen wieder, dauerten acht Tage; in der Zwischenzeit Fluor albus. Alle 2 Monat Abgang von Coagulis. Bei jeder Katamenialperiode Schmerzen, die im linken Ovarium zu sitzen scheinen, vorher 24 Stunden lang sehr heftige Lumbalschmerzen. Sie will von keiner Ursache in Bezug auf den Coitus, einen Fall u. s. w. etwas wissen.

Am 1ten März, während der Katamenialperiode lebhaftere Rückenschmerzen als gewöhnlich, allgemeines Unwohlsein, Uebelkeit, Erbrechen, Veränderung des Harns, wie vor achtzehn Monaten. Da die Kranke sich an diese Erscheinungen erinnerte, so beeilte sie sich gleich in den ersten Tagen in das Hospital zu gehen.

2ten März. Bei ihrer Aufnahme findet man über den Schaambeinen eine ziemlich harte Geschwulst von der Grösse einer Wallnuss, welche Trousseau und Laugier das Corpus Uteri zu sein scheint; sie hat fortwährend sehr lebhafte wehenartige Schmerzen, die in das ganze Abdomen ausstrahlen, von Uebelkeit und Erbrechen begleitet sind.

20ten März. Gelbliche anämische Gesichtsfarbe; Rückenlage. Die Kranke vermag nicht auf zu sitzen. Der subumbilicale Theil des Unterleibes ist geschwollen. Geschwulst, die sehr sichtbar über die Haut vorspringt, vom Schaambein aus sich bis 3 Querfinger über dasselbe erhebt, links um 0,02m höher als rechts und hier hart und bei Druck schmerzhaft ist. Dieselbe Härte an der obern Gränze der Geschwulst, links entschieden sonorer Ton bei der Percussion, über der Geschwulst vollkommene Dämpfung. Schmerzen in der ganzen Bauchhöhle bei einfacher Berührung. Ich vermag über der Symphyse keine distincte Geschwulst zu fühlen, die der Uterus oder ein anderer Tumor sein könnte; es bildet Alles eine gleichförmige Masse.

Bei der Vaginaluntersuchung ergiebt sich, dass der Gebärmutterhals nach vorn gerichtet ist, die vesicovaginale Scheidewand berührt und von der Schaamspalte 0,05 entfernt ist; er ist halb offen und unbeweglich. Verfolgt man mit dem Finger seine vordere Fläche, so gelangt man zum Grunde eines Blindsacks, in dem man keine Anschwellung fühlt. Verfolgt man seine hintere Fläche, so gelangt man nach einem Verlauf von 3 Ctm. zu einem kleinen Blindsack und von da unter einem fast stumpfen Winkel zu einem rundlichen, harten Körper mit ungleicher Oberfläche, der ohne deutliche Demarcationslinie in den Cervix übergeht und der Uterus zu sein scheint. Dieser Körper ist unbeweglich und liegt im Beckenausgang, den er mehr nach rechts, als nach links verengt. Am hintersten Theil dieses Körpers fühlt man, wenn man weiter emporgeht, eine weiche Anschwellung, die man am linken Seitentheil wiederfindet.

Die Exploration des Rectum ist sehr schmerzhaft, man trifft zuerst einen beträchtlichen Kranz von Hämorrhoidalknoten und fühlt dann weiterhin den rundlichen Körper, den ich als Fundus Uteri bezeichnet habe, aber über und hinter denselben berührt man einen Theil einer Geschwulst von verschiedener Consistenz und unregelmässiger Form.

Keine Verstopfung; der Harn enthält viel Schleim. Weder Oedem, noch Schmerzen, noch Varicen an den unteren Extremitäten.

Behandlung. Ruhige Lage. China 4 gr. täglich. Die Kranke hatte mehrere bedeutende Blutflüsse aus der Scheide und genas nach mehreren Monaten.

35te Beob. — Haematocele retrouterina, Punction, Heilung [22]).

Eine grosse, stämmige, gesundaussehende Frau von fünfundzwanzig Jahren, die seit sieben Jahren verheirathet war und drei lebende Kinder geboren hatte, wurde am 22. Febr. 1851 in das St. Bartholomäus-Hospital aufgenommen. Ihr Allgemeinbefinden war gut und ihre Entbindungen normal gewesen, und nach Allem hatte sie während der ganzen Periode der Lactation regelmässig menstruirt. Nach ihrer dritten Entbindung ging Alles wie gewöhnlich bis Weihnachten, wo sie normal menstruirte; aber seitdem war ein blutiger Ausfluss, der indess weder sehr profus noch mit Coagulis vermischt war, beständig vorhanden gewesen. Seit einem Monat empfand sie einen Schmerz von abwärtsdrängendem Charakter, der sich bei der Bewegung steigerte, aber weder durch Ruhe noch durch eine besondere Lage merklich erleichtert wurde; zu gleicher Zeit litt sie hin und wieder an ohnmachtähnlichen Anfällen. Das Harnlassen war häufig und schmerzhaft. Der Harn soll hochgestellt und sparsam gewesen sein. Ein Arzt, den sie consultirt hatte, sagte ihr, dass ihre Mutter herabgesunken sei. Das Abdomen war entwickelt und gespannt, die Grösse desselben hing von der Gegenwart einer Geschwulst von etwas unebener Oberfläche ab, die die ganze linke Seite einnahm, sich zwei Zoll über den Nabel erstreckte und etwa zwei Zoll über die Medianlinie hinausreichte, wobei sie indess allmälich nach unten abfiel, so dass auf der rechten Seite ihr oberer Rand anderthalb Zoll unter dem Nabel stand. Die Geschwulst war fest, nicht fluctuirend, sehr empfindlich bei der Berührung, namentlich in der linken Hüftbeingegend.

Der in die Vagina eingeführte Finger stiess fast unmittelbar auf einen etwas festen elastischen Tumor von ovaler Gestalt, beinahe von der Dicke des Handgelenks, der die hintere Vaginalwand vor sich hergetrieben hatte. Dieser Tumor schien in die Substanz des Uterus etwa einen halben Zoll hinter dem Orificium desselben überzugehen, während

22) Charles West, Lehrbuch der Frauenkrankheiten, übers. v. Langenbeck. p. 530.

das ganze Organ so dislocirt war, dass man den Muttermund horizontal und unmittelbar hinter der Schaambeinfuge fühlte. Der Finger konnte in der vorderen und rechten Seite des Beckens, ohne einem Widerstand zu begegnen, hinaufgeführt werden: aber im linken und hinteren Theil des Beckens fühlte man eine feste, augenscheinlich mit der, unmittelbar hinter dem Uterus befindlichen continuirliche Geschwulst. Die Gefässe derselben pulsirten sehr stark.

Etwa drei Unzen einer blutigen Flüssigkeit wurden durch die, mittest des Explorativtrokarts durch die Vagina gemachte Punction entzogen. Das Mikroskop entdeckte in der Flüssigkeit nur Blutkörperchen. In der Absicht den Tumor womöglich zu entleeren und dadurch den schmerzhaften Druck auf das Rectum, welcher der Kranken viel Qual verursachte, zu erleichtern, wurde ein Pouteau'scher Trokart mit Canüle eingeführt, aber nur etwa eine Unze einer Flüssigkeit von derselben Beschaffenheit wie vorher abgelassen. Der Tumor wurde dadurch nicht wesentlich verkleinert, noch die Beschwerden der Kranken viel erleichtert. Am 27. Februar wurde sie, ohne dass eine neue Operation vorgenommen war, von Peritonitis ergriffen, in deren Verlauf der Umfang der Geschwulst entschieden zunahm, indem sie sich mehr nach der rechten Seite des Abdomens ausbreitete. Bis zum 3. März hatten alle activen Erscheinungen nachgelassen und an diesem Tage bekam die Kranke zwei copiöse Ausleerungen, die vollkommen schwarz waren und augenscheinlich aus verändertem Blut bestanden. An demselben Nachmittage hatte sie ein Gefühl, als wenn etwas innerlich zerreisse, und unmittelbar darauf erfolgte ein abundanter Erguss einer fötiden Flüssigkeit aus der Vagina, die im Aussehen dem Kaffeesatz glich. Diese Flüssigkeit floss anfangs sehr reichlich, dann bis zum anderen Morgen spärlicher ab, und hörte dann auf, obgleich am folgenden Tage noch ein weiterer Erguss stattfand, der sich einige Tage lang von Zeit zu Zeit wiederholte, wobei derselbe allmälich eine hellere Farbe annahm und zuletzt zu einer schmutzigen, sero-purulenten Materie wurde. Sehr langsam besserte sich das Allgemeinbefinden der Kranken, wobei zugleich das Abdomen am Volumen abnahm, so dass es, während es bei ihrer Aufnahme einen Umfang von 46 Zoll hatte, am 29. März bis auf 40 Zoll zusammengefallen war. Die Geschwulst in der linken regio hypogastrica nahm zugleich entschieden an Umfang ab und nahm eine mehr mediane Lage an, und am 5. April hatte der Uterus beinahe seine normale Stellung wieder erlangt; es war kein distincter Tumor mehr hinter demselben zu fühlen, sondern nur eine harte, semicartilaginöse, in ihrer Ausdehnung und in ihren Verbindungen nicht deutlich abgegränzte Verdickung. Am 17. April hörten alle Ausflüsse aus der Vagina dauernd auf, und am 5. Mai war jede Spur einer Abdominalgeschwulst vollständig verschwunden; die Lage des Uterus war ganz normal und die Verdickung hinter demselben sehr verringert. Nach einem Jahr sah ich die Frau wieder; sie war vollkommen gesund und menstruirte regel-

mässig; keine Spur einer Abdominalgeschwulst war vorhanden; der Uterus war vollkommen beweglich und kaum eine Verdickung hinter demselben oder an seiner linken Seite vorhanden.

36te Beob. — Haematocele retrouterina durch übermässige Anstrengung und während der Menstruation entstanden. — Innere Behandlung; Heilung. Hôpital des Cliniques, Abtheilung Nélaton's.

Marie Geoffroy, Dienstbotin, 30 Jahr alt, brünett, hat ihre Menstruation zuerst im 14ten Jahr bekommen; dieselbe war in den ersten Jahren unregelmässig. Im ersten Jahr dauerte sie fünf Tage; das Blut war ziemlich dunkel, Schmerzen gingen ihr nicht voraus. In den beiden folgenden Jahren kamen die Katamenien zwar alle vier Wochen, waren aber sehr blass; die Kranke litt an Schmerzen im Epigastrium und Kopf, Appetitlosigkeit und Schwäche der unteren Extremitäten. Keine Leibschmerzen. Später wurde die Menstruation regelmässig bis vor 3 Jahren. Im 21ten Jahre erste glückliche Schwangerschaft. Sie bemerkte dabei nur etwas Anschwellung an den Unterschenkeln; war aber nicht mit Varicen behaftet. Die Entbindung war normal, sie erholte sich leicht, aber die Regeln blieben seitdem profus, und sie hatte sowohl vor als nach denselben vier Tage lang an Schmerzen und Leukorrhoe zu leiden. Vor zwei Jahren fühlte sie sich am vierten Tage des Menstrualflusses unwohl, und es trat eine Suppression desselben ein. (Sie hatte mehrere Tage lang Wäsche in der Seine gewaschen.) In der Nacht Schüttelfrost, Erbrechen; intercoupirte Respiration, Schmerzen auf beiden Seiten des Hypogastrium. Ein hinzugerufener Arzt liess Blutegel an den After setzen. Die Regeln erschienen einige Stunden später wieder, aber in Form einer Hämorrhagie, welche mit einigen Abwechselungen drei Monate dauerte und während der Katamenialperiode am reichlichsten war. Während der ersten sechs Wochen blieb sie zu Haus, meist im Bett, in einem Zustand ausserordentlicher Schwäche, kaum etwas geniessend, und von heftigen lancinirenden Schmerzen im Becken gequält, die in die Inguinal- und Sacral-Gegend ausstrahlten. Sie bekam Diarrhoe und Tenesmus, die drei Monat dauerten. Nach sechswöchentlicher Dauer der Krankheit bestimmte sie die Heftigkeit der Schmerzen in das Hôpital des Cliniques zu gehen, wo sie drei Monat blieb. Noch zwei Monat lang dauerten die Menorrhagie und die dysenterischen Erscheinungen fort. Man legte ihr zahlreiche Vesicatore und liess sie Schwefelbäder nehmen. Im Juni 1858 wurde sie geheilt entlassen, nachdem sie eine normale Katamenialperiode gehabt hatte. Seitdem blieben Schmerzen vor und nach den Regeln, und diese selbst waren stets sehr profus und von grosser Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Klingen vor den Ohren und Flimmern vor den Augen begleitet; die Augen liegen tief und das Gesicht ist blass. Jeden Monat anteponirt die Katamenialperiode um vier bis fünf, selten um zehn Tage. Die

Schmerzen, welche dem Menstrualfluss vorausgehen, haben ihren Sitz in den seitlichen Partien des Unterleibes.

Die letzte Menstruation fand am 11. Juni 1854 statt. Die Vorläuferschmerzen waren viel lebhafter, dauerten aber nicht länger als gewöhnlich, sie hörten nach dem Erscheinen des Ausflusses auf. Die Menge des Bluts war nicht bedeutend, dauerte aber statt wie meistens sechs, nur vier Tage. Am 11ten Tage nahm der Katamenialfluss plötzlich ab, und sogleich empfand die Kranke Schmerzen in den seitlichen Theilen des Hypogastrium; sie schreibt diese Amenorrhoe einer Anstrengung zu, die sie beim Tragen eines mit Wasser gefüllten Eimers machte. Sie sagt, dass sie sogleich ein Gefühl von Zerren und grosser Schwäche im Unterleibe empfunden habe. In der folgenden Nacht hatte sie Erbrechen, sehr heftige Kolik, Frost und vollständige Suppression der Menses. Am andern Morgen Frost, Uebelkeit, sehr heftige Schmerzen in den Seitengegenden des kleinen Beckens, die sich von da in die Sacralgegend erstreckten, Leukorrhoe. Zwei Tage später Wiedereintritt des Katamenialflusses in sehr geringer Menge, fünf Tage lang Abgang von kleinen schwarzen Blutgerinnseln, dann wieder fünf Tage lang Leukorrhoe. Indessen dauerten die Schmerzen fort, sassen an derselben Stelle und behielten ihre grosse Heftigkeit, die geringste Berührung steigerte sie. Es war an einem der Tage bald nach dem Wiedereintritt der Regeln, dass die Kranke selbst das Vorhandensein einer Geschwulst bemerkte, die im rechten Theil des Hypogastrium sass, und die ihr die Grösse eines reifen Kindskopfes zu haben schien. Sie konnte zwar aufstehen, schwankte aber und vermochte sich kaum aufrecht zu erhalten. Seit vierzehn Tagen leidet sie an Diarrhoe mit Tenesmus. Wegen der Schmerzen entschliesst sie sich am 29ten Juni 1859 in das Hospital zu gehen.

Status praesens. Blasse Farbe, Appetitlosigkeit. Schleimige etwas blutige Stühle (6 in 24 Stunden); Tenesmus. Keine Hämorrhoiden oder Varices. Das Abdomen ist nicht gespannt; aber im rechten seitlichen Theil des Hypogastrium, von der rechten Schaamleiste an, ergiebt die Percussion einen vollkommen matten Ton, der sich von dem durch den Uterus bewirkten nicht scheiden lässt; diese Mattigkeit wird nach rechts durch eine verticale von der spin. ant. sup. il. ausgehende Linie und nach oben durch eine horizontale 8 Ctm. unterhalb des Nabels verlaufende Linie begränzt. (Von dieser letzten bis 3 Ctm. unterhalb des Nabels ist eine relative Dämpfung vorhanden.) Links von der Medianlinie ergiebt die Percussion einen nur relativ matten Ton, der 2 Ctm. nach aussen von der Medianlinie beginnt und 8 Ctm. von derselben aufhört, und sich eben so hoch erstreckt wie die vollkommene Mattigkeit rechts. Bei der Palpation des Abdomens fühlt man links eine harte, gelappte Geschwulst von der Grösse einer Orange und rechts eine andere von gleicher Consistenz, aber fast doppelter Grösse, die beide unterhalb des Uterus in Verbindung stehen, dessen Körper mit

Dreivierteln seiner Breite nach rechts von der Medianlinie gelegen und der Hautfläche hinreichend genähert ist, um bei der Palpation gefühlt werden zu können. Der Fundus Uteri scheint sich 5 Ctm. oberhalb der Schaambeine zu befinden. Ein etwas kräftiger Druck verursacht Schmerzen.

Der Gebärmutterhals steht 4 Ctm. vom Scheideneingang, 1 Ctm. vom Schaambein entfernt, ist fast völlig unbeweglich, ziemlich weich, und der Muttermund in queerer Richtung geöffnet. Der Uteruskörper ist nach rechts geneigt, man fühlt ihn in dieser Lage durch die obere Scheidenwand. Hinter dem Cervix befindet sich eine 6 Ctm. vom Scheideneingang entfernte, von hinten nach vorn abgeplattete, harte, sehr schmerzhafte Geschwulst, welche den ganzen Durchmesser des Beckeneingangs einnimmt, von dem Finger durch eine Lage weicher Theile getrennt ist, eine ödematöse Consistenz und keine Pulsation zeigt. Sie erstreckt sich namentlich nach oben und rechts gegen den Tumor hin, den man bei der Palpation des Abdomens fühlt. Percutirt man den letzten leicht, so nimmt man mit der an der retrouterinen Geschwulst liegenden Fingerspitze einen deutlichen Stoss wahr. Diese Untersuchung ist sehr schmerzhaft.

Dicker Schleim in der Vagina. Die Kranke hat in der Beckenhöhle spontane, lancinirende Schmerzen, die von der Schaambein- und rechten Inguinal-Gegend ausgehend in die regio sacralis ausstrahlen. Keine Schmerzen im After, Harnentleerung fast normal. Gang wackelig.

Nélaton diagnosticirt eine Haematocele retrouterina, die die stärkste Ausbreitung nach rechts zeigt und den Uterus nach ihrer Seite hinüber geschoben hat. Er verordnet sogleich ein kaltes Bad.

Am 5ten Juli haben Geschwulst und Schmerzen etwas abgenommen. Dieselbe Behandlung.

9ten Juli. Menstrualzeit. Die Regeln erscheinen nicht. Dumpfe, anhaltende Schmerzen in den Seitentheilen des Hypogastrium; die Schmerzen sind remittirend, werden von der Kranken denen mit Schnitten durch ein scharfes Instrument verglichen. Die Kranke hat keine Ruhe in ihrem Bett, weiss nicht, welche Lage sie einnehmen soll. Blasenkrampf; häufiger Harndrang, 15mal in 24 Stunden. Verstopfung. — Kalte Bäder.

Am 10ten und 11ten Juli. Sehr heftige Schmerzen im Abdomen. Kein Katamenialfluss. Schüttelfrost.

Am 12ten und den folgenden Tagen Abnahme der Schmerzen.

18ten. Die Palpation des Abdomens ist kaum schmerzhaft. Bei der Vaginaluntersuchung fühlt man den Cervix wieder mehr nach hinten stehend und hinter ihm eine sehr harte, unbewegliche Geschwulst, welche den ganzen Beckeneingang einnimmt. Der Gebärmutterkörper ist stets nach rechts geneigt. In seiner Umgebung fühlt man zwei kleine Geschwülste, die unter dem Finger rollen. Appetit besser. Keine spontane Schmerzen. — Dieselbe Behandlung.

19ten. In der Nacht vom 19ten auf den 20ten lancinirende Schmerzen im Becken, worauf ein Ausfluss einer serösen Flüssigkeit aus der Vagina erfolgt, welche die Kranke mit der Flüssigkeit einer Vesicatorblase vergleicht. Der Ausfluss nimmt am 22ten eine blutige Beschaffenheit an, den er bis zum 24ten behält.

Am 22ten untersuche ich die Kranke mittelst des Speculums. Ich finde den Gebärmutterhals, der in seiner normalen Stellung zu sein scheint, mit dickem Schleim bedeckt, kann aber selbst bei starker Spannung der Schleimhaut keine Oeffnung im oberen hinteren Scheidenblindsack entdecken. Die blutige Flüssigkeit, die ich mittelst des Pinsels erhalte, kommt aus dem Uterus.

Vom 26ten an geht es mit der Kranken immer besser, am 30ten lassen sich kaum noch Spuren der Geschwulst entdecken. Die Menstruation erscheint am 8ten August in normaler Weise und ist nur von geringen Schmerzen begleitet. Die Kranke verlässt das Hospital am 13ten August; sie hat von ihrer alten Geschwulst nur noch eine leichte Verhärtung an der rechten Seite des Uterus, der seine normale Stellung wieder eingenommen hat, behalten.

Druck der Universitäts-Buchdruckerei von E. A. HUTH in Göttingen.

24.D.48.
Die Haematocele retrouterina un1862
Countway Library BER6142
3 2044 045 964 129

24.D.48.
Die Haematocele retrouterina un1862
Countway Library BER6142
3 2044 045 964 129